Deutscher Bundestag **Drucksache 19/15164**

19. Wahlperiode 13.11.2019

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 19/13452, 19/13826 –

Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)

b) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Michael Theurer, Renata Alt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/14061 –

Impfquoten wirksam erhöhen - Infektionskrankheiten ausrotten

c) zu dem Antrag der Abgeordneten Katja Dörner, Katrin Göring-Eckardt, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/9960 –

Masern und andere Infektionskrankheiten jetzt eliminieren – Solidarität und Vernunft fördern, Impfquoten nachhaltig steigern

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

A. Problem

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung stellt fest, dass die Masern eine der ansteckendsten Infektionskrankheiten seien, die schwer verlaufen und Komplikationen und Folgeerkrankungen nach sich ziehen könne. Impfungen schützten den Einzelnen und verhinderten gleichzeitig die Weiterverbreitung einer Infektion in der Bevölkerung, wenn mindestens 95 Prozent der Bevölkerung immunisiert sei. Obwohl zur Prävention gut verträgliche und hochwirksame Impfstoffe zur Verfügung stünden, sei die Bevölkerung nicht ausreichend immunisiert, sodass die Masern weiter zirkulieren könnten. Von Januar bis Ende Mai 2019 seien dem Robert Koch-Institut bereits 420 Masernfälle gemeldet worden. Es liege daher eine erhebliche Gefahr für die öffentliche Gesundheit vor, der mit weiterführenden Maßnahmen zur Steigerung der Impfquote begegnet werden müsse.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller konstatieren, die Immunität sei einer der wesentlichen Grundpfeiler zum Schutz gegen Infektionskrankheiten und die Prävention durch Impfungen der beste Weg, Infektionskrankheiten, wie Masern und Röteln, zu eliminieren. Eine Infektionskrankheit gelte als ausgelöscht, wenn eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung über einen Zeitraum von mindestens 36 Monaten in einem regional begrenzten Bereich nicht mehr nachgewiesen werden könne. Für dieses Ziel sei eine Durchimpfquote von wenigstens 95 Prozent erforderlich. Nur durch ein breit gefächertes Maßnahmenbündel, welches das bestehende Impfsystem insgesamt verbessert, könnten bestehende Impflücken bei Masern wie bei anderen impfpräventablen Krankheiten geschlossen werden.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller stellen fest, dass Masern eine unterschätzte Infektionskrankheit seien, die in schweren Fällen zu erheblichen bleibenden Schäden oder zum Tode führten. Stabil hohe Impfquoten bei Kindern und Erwachsenen seien daher ein zentrales Instrument, um alle Menschen gleichermaßen zu schützen. Hierauf seien besonders jene Menschen angewiesen, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden könnten. Es sei daher angemessen, wenn zum Schutz vulnerabler Gruppen für andere Kinder und das Personal eine Impfung Zugangsvoraussetzung sei. Durch entsprechende Maßnahmen müssten Impflücken bei Kindern geschlossen und fehlende Impfungen bei Erwachsenen nachgeholt werden.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Ziel des Gesetzentwurfs ist, die Impfquote deutlich zu steigern. Deswegen wird die Nachweispflicht eines ausreichenden Impfschutzes oder der Immunität gegen Masern für Personen in bestimmten Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen eingeführt. Der Gesetzentwurf sieht zudem ein Maßnahmenbündel mit dem Ziel der Stärkung der Impfprävention vor: so soll künftig auch eine elektronische Impfdokumentation möglich sein, die Impfaufklärung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) soll gestärkt werden und es wird vorgesehen, dass künftig jeder Arzt und jede Ärztin Schutzimpfungen durchführen

kann. Zusätzlich sollen die Krankenkassen ihre Versicherten über fällige Schutzimpfungen informieren können und das Robert Koch-Institut (RKI) erhält die Amtsaufgabe, eine Mortalitäts- und ein Impfsurveillance durchzuführen.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 19/13452, 19/13862 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller fordern die Einführung eines flächendeckenden, digitalen Impfausweises, der an Impfungen erinnert und über den Informationen zur Impfung abgerufen werden können. Weiter fordern sie eine niedrigschwelligere Ausgestaltung der Impfangebote sowie die Förderung und Implementierung eines professionellen Impfmanagements in Arztpraxen. Schließlich sollen Modellprojekte initiiert werden, in deren Rahmen Angehörige von Heilberufen mit staatlich geregelter Heilberufeausbildung nach einer Fortbildung sogenannte Totimpfstoffe impfen dürfen. Zudem soll beim Robert Koch-Institut (RKI) ein digitales Impfregister zur Erfassung pseudonymisierter Primärdaten über alle Impfungen der Geimpften eingerichtet werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/14061 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU ,SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller fordern unter anderem einen leichteren Zugang zu Impfungen und den Abbau von Defiziten insbesondere in der haus- und kinderärztlichen Versorgung. Es soll ein Einladungswesen etabliert und bei der Aufnahme in eine Kindereinrichtung der Impfstatus geprüft und die Eltern beraten werden. Die zweite Masernimpfung soll Voraussetzung für den Besuch einer Kita sein. Personal, das in Einrichtungen mit besonders vulnerablen Gruppen arbeitet, müsse einen ausreichenden Masernschutz nachweisen. Die Ärzteschaft soll unabhängig von der Fachgebietszulassung Impfungen durchführen und mit der GKV abrechnen können. Schließlich müsse ein digitaler Impfpass eingeführt und Teil der elektronischen Patientenakte werden. Darüber hinaus soll ein Bericht der Bundesregierung über die Ergebnisse des „Nationalen Aktionsplans 2015 – 2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“ vorgelegt und bundesweit einheitliche, koordinierte Impfempfehlungen definiert werden. Bis 31. Dezember 2020 verlangen die Antragsteller eine Strategie der Bundesregierung zur nachhaltigen finanziellen, strukturellen und personellen Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/9960 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu den Buchstaben b und c

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Annahme eines Antrags oder beider Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand laut Gesetzentwurf

Zu Buchstabe a

Die BZgA benötigt zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe, die Bevölkerung regelmäßig und umfassend über das Thema „Impfen“ zu informieren, ab dem Jahr 2020 zusätzlich einen jährlichen Betrag in Höhe von 2 Millionen Euro aus Bundesmitteln.

Beim RKI entsteht durch die gesetzlichen Aufgaben, Mortalitäts- und ein Impfsurveillance durchzuführen, ab dem Jahr 2020 ein Gesamtaufwand von jährlich 530 000 Euro, der unter anderem fünfeinhalb zusätzliche Stellen einschließt. Die Mehraufwände sollen finanziell und stellenmäßig im Einzelplan 15 ausgeglichen werden.

Die gesetzliche Krankenversicherung wird wegen der vermehrten Inanspruchnahme von Schutzimpfungsleistungen, auf die bereits heute ein Anspruch besteht, mit Mehrausgaben belastet. Die Mehrausgaben betragen in den Jahren 2020 und 2021 schätzungsweise bis zu 74 Millionen Euro und in den Folgejahren schätzungsweise 4,79 Millionen Euro pro Jahr. Gleichzeitig geht mit der Verbesserung der Impfprävention eine Verhütung von Maserninfektionen einher. Dadurch werden Kosten für Krankenbehandlungen in nicht quantifizierbarer Höhe vermieden.

In entsprechendem Umfang werden die Träger der Beihilfe be- und entlastet. Die daraus folgenden Mehrausgaben im Beihilfebereich des Bundes im Haushaltsjahr 2020 von rund 250 000 Euro und ab dem Jahr 2021 von jährlich rund 15 000 Euro werden im Rahmen der bestehenden Ansätze im jeweilig betroffenen Einzelplan ausgeglichen.

Zu den Buchstaben b und c

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand laut Gesetzentwurf

Zu Buchstabe a

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht Erfüllungsaufwand für ärztliche Zeugnisse und serologische Untersuchungen, deren Kosten teilweise nicht von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung, den privaten Krankenversicherungsunternehmen oder der Beihilfe erstattet werden, und zwar in Höhe von rund 9,7 Millionen Euro in den Jahren 2020 und 2021 und in den Folgejahren schätzungsweise 347 000 Euro pro Jahr. Des Weiteren werden für die Ausstellung von Impfstatusbescheinigungen bei Personen ohne Impfdokumente einmalig Kosten in Höhe von 870 000 Euro anfallen.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Allen Kindertageseinrichtungen in privater Trägerschaft, Kindertagespflegepersonen und Schulen in privater Trägerschaft zusammen entsteht Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise sowie durch Benachrichtigungen des Gesundheitsamts über säumige Personen. In den

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Jahren 2020 und 2021 entfallen rund 3,02 Millionen Euro auf Kindereinrichtungen und Schulen in privater Trägerschaft, in den Folgejahren von schätzungsweise 241 500 Euro pro Jahr.

Den medizinischen Einrichtungen entsteht durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise sowie durch die Benachrichtigungen des Gesundheitsamts über säumige Personen Erfüllungsaufwand in Höhe rund 2,4 Millionen Euro in den Jahren 2020 und 2021 und in den Folgejahren von 240 000 Euro pro Jahr.

Der jährliche Erfüllungsaufwand in Höhe von 482 000 Euro wird nach der „One-in-one-out“-Regel der Bundesregierung außerhalb dieses Vorhabens kompensiert. Das Bundesministerium für Gesundheit prüft Entlastungen in anderen Regelungsbereichen.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Der vorgenannte Erfüllungsaufwand besteht aus Bürokratiekosten aus Informationspflichten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Der Aufwand für Benachrichtigungen der Gesundheitsämter über säumige Personen beträgt in den Jahren 2020 und 2021 schätzungsweise 8,2 Millionen Euro und in den Folgejahren schätzungsweise 395 000 Euro pro Jahr.

Den Gesundheitsämtern entsteht ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise.

Den Gesundheitsämtern entsteht aufgrund des erforderlichen Vorgehens gegen säumige Personen und Leitungen von Einrichtungen insbesondere durch Verbotsverfügungen oder Bußgeldverfahren Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe, dem Einnahmen durch Bußgelder in ebenfalls nicht quantifizierbarer Höhe gegenüber stehen.

Den Gesundheitsämtern entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe durch die Einführung zusätzlicher Meldepflichten.

Zu den Buchstaben b und c

Der Erfüllungsaufwand wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten laut Gesetzentwurf

Zu Buchstabe a

Für die Träger der privaten Krankenversicherung ergeben sich durch die Durchführung zusätzlicher Schutzimpfungen gegen Masern, auf die bereits heute ein Anspruch besteht, in den Jahren 2020 und 2021 Mehrausgaben in Höhe von schätzungsweise 8,4 Millionen Euro und in den Jahren 2022 bis 2024 von rund 800 000 Euro pro Jahr. Dem stehen Minderausgaben durch die Vermeidung von Kosten für die Behandlung von Masernerkrankungen gegenüber.

Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau sind nicht zu erwarten.

Zu den Buchstaben b und c

Weitere Kosten wurden nicht erörtert.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/13452, 19/13826 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;

b) den Antrag auf Drucksache 19/14061 abzulehnen;

c) den Antrag auf Drucksache 19/9960 abzulehnen.

Berlin, den 13. November 2019

Der Ausschuss für Gesundheit

Erwin Rüddel
Vorsitzender

Rudolf Henke
Berichterstatter

Martina Stamm-Fibich
Berichterstatterin

Detlev Spangenberg
Berichterstatter

Dr. Andrew Ullmann
Berichterstatter

Harald Weinberg
Berichterstatter

Kordula Schulz-Asche
Berichterstatterin

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)
– Drucksachen 19/13452, 19/13826 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention	**Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention**
(Masernschutzgesetz)	**(Masernschutzgesetz)**
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	**Artikel 1**
Änderung des Infektionsschutzgesetzes	**Änderung des Infektionsschutzgesetzes**
Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 14b des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 14b des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:	1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
a) Nach der Angabe zu § 4 wird folgende Angabe zu § 4a eingefügt:	**entfällt**
„§ 4a Bundesstatistik zum öffentlichen Gesundheitsdienst“.	
	a) Die Angabe zur Überschrift des 3. Abschnitts wird wie folgt gefasst:
	„3. Abschnitt – Überwachung“
b) Die Angabe zu § 22 wird wie folgt gefasst:	b) u n v e r ä n d e r t
„§ 22 Impfdokumentation“.	
	c) Die Angabe zu § 24 wird wie folgt gefasst:
	„§ 24 Feststellung und Heilbehandlung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung“.
2. § 2 wird wie folgt geändert:	2. § 2 wird wie folgt geändert:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) In Nummer 14 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Die folgenden Nummern 15 und 16 werden angefügt:	b) Die folgenden Nummern 15 und 16 werden angefügt:
„15. Leitung der Einrichtung	„15. Leitung der Einrichtung
die Person, die *von dem Träger der Einrichtung* mit den Leitungsaufgaben beauftragt ist; das betrifft auch	die Person, die mit den Leitungsaufgaben **in der jeweiligen Einrichtung** beauftragt ist; das betrifft auch
a) die selbständig tätige Person für ihren Zuständigkeitsbereich selbst,	a) u n v e r ä n d e r t
b) die *von dem Träger einer Einrichtung beauftragte* Person, die einrichtungsübergreifend Leitungsaufgaben *wahrzunehmen hat*,	b) die Person, die einrichtungsübergreifend **mit den** Leitungsaufgaben **beauftragt ist**,
16. personenbezogene Angabe	16. personenbezogene Angabe
Name und Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes und, falls abweichend, Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsortes der betroffenen Person.“	Name und Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes und, falls abweichend, Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsortes der betroffenen Person **sowie, soweit vorliegend, Telefonnummer und E-Mail-Adresse**.“
	3. § 4 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 Satz 3 bis 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„Auf dem Gebiet der Zoonosen und mikrobiell bedingten Lebensmittelvergiftungen sind das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, das Bundesinstitut für Risikobewertung und das Friedrich-Loeffler-Institut zu beteiligen. Auf Ersuchen der zuständigen obersten Landesgesundheitsbehörde kann das Robert Koch-Institut den zuständigen Stellen bei Maßnahmen zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von schwerwiegenden übertragbaren Krankheiten, auf Ersuchen mehrerer zuständiger oberster Landesgesundheitsbehörden auch länderübergreifend, Amtshilfe leisten. Soweit es zur Erfüllung dieser Amtshilfe erforderlich ist, darf es personenbezogene Daten verarbeiten. Es arbeitet mit den jeweils zuständigen Bundesbehörden, den zuständigen Länderbehörden, den nationalen Referenzzentren, weiteren wissenschaftlichen Einrichtungen und Fachgesellschaften zusammen.“
	b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„(3) Das Robert Koch-Institut arbeitet zu den in § 1 Absatz 1 genannten Zwecken mit ausländischen Stellen und supranationalen Organisationen sowie mit der Weltgesundheitsorganisation und anderen internationalen Organisationen zusammen. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit stärkt es deren Fähigkeiten, insbesondere einer möglichen grenzüberschreitenden Ausbreitung von übertragbaren Krankheiten vorzubeugen, entsprechende Gefahren frühzeitig zu erkennen und Maßnahmen zur Verhinderung einer möglichen grenzüberschreitenden Weiterverbreitung einzuleiten. Die Zusammenarbeit kann insbesondere eine dauerhafte wissenschaftliche Zusammenarbeit mit Einrichtungen in Partnerstaaten, die Ausbildung von Personal der Partnerstaaten sowie Unterstützungsleistungen im Bereich der epidemiologischen Lage- und Risikobewertung und des Krisenmanagements umfassen, auch verbunden mit dem Einsatz von Personal des Robert Koch-Institutes im Ausland. Soweit es zur Abwendung von Gefahren von Dritten und zum Schutz von unmittelbar Betroffenen im Rahmen der frühzeitigen Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung von schwerwiegenden übertragbaren Krankheiten, der Unterstützung bei der Ausbruchsuntersuchung und -bekämpfung, der Kontaktpersonennachverfolgung oder der medizinischen Evakuierung von Erkrankten und Ansteckungsverdächtigen erforderlich ist, darf das Robert Koch-Institut im Rahmen seiner Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 3 personenbezogene Daten verarbeiten.“
3. Nach § 4 wird folgender § 4a eingefügt:	**entfällt**

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„§ 4a	
Bundesstatistik zum öffentlichen Gesundheitsdienst	
(1) Das Robert Koch-Institut erstellt jährlich zur Beurteilung der Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland eine Bundesstatistik zu den für den öffentlichen Gesundheitsdienst sachlich zuständigen Stellen in Bund, Ländern und Kommunen. Stichtag für die Erhebungen ist der erste Kalendertag des jeweiligen Jahres. Das Robert Koch-Institut legt die Bundesstatistik jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit vor. Auskunftspflichtig sind die für den öffentlichen Gesundheitsdienst sachlich zuständigen Stellen.	
(2) Jeweils bis zum 31. Mai eines Jahres übermitteln die für den öffentlichen Gesundheitsdienst sachlich zuständigen Stellen folgende Daten in elektronischer Form an das Robert Koch-Institut:	
1. Bezeichnung der zuständigen Stelle mit Angabe des jeweiligen Rechtsträgers,	
2. Anzahl der bei der zuständigen Stelle Beschäftigten, aufgegliedert nach Zugehörigkeit	
a) zu einer bestimmten Altersgruppe,	
b) zu einem bestimmten Geschlecht,	
c) zu einer bestimmten Berufsgruppe und	
d) zu einer bestimmten Tätigkeitsgruppe (Art der Beschäftigung).“	
	3a. Die Überschrift des 3. Abschnitts wird wie folgt gefasst:
	„3. Abschnitt
	Überwachung“.
4. § 6 wird wie folgt geändert:	4. § 6 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:	aa) u n v e r ä n d e r t
aaa) Nach Buchstabe r wird folgender Buchstabe s eingefügt:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„s) zoonotische Influenza,“.	
bbb) Nach der Aufzählung werden die Wörter „sowie die Erkrankung und der Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt,“ gestrichen.	
bb) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:	bb) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:
„1a. die Erkrankung und der Tod in Bezug auf folgende Krankheiten:	„1a. die Erkrankung und der Tod in Bezug auf folgende Krankheiten:
a) behandlungsbedürftige Tuberkulose, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt,	a) u n v e r ä n d e r t
b) *Meningoenzephalitis durch humanpathogene Bornaviren*,	**entfällt**
c) Clostridioides-difficile-Infektion mit klinisch schwerem Verlauf; ein klinisch schwerer Verlauf liegt vor, wenn	**b**) u n v e r ä n d e r t
aa) der Erkrankte zur Behandlung einer ambulant erworbenen Clostridioides-difficile-Infektion in eine medizinische Einrichtung aufgenommen wird,	
bb) der Erkrankte zur Behandlung der Clostridioides-difficile-Infektion oder ihrer Komplikationen auf eine Intensivstation verlegt wird,	
cc) ein chirurgischer Eingriff, zum Beispiel Kolektomie, auf Grund eines Megakolons, einer Perforation oder einer refraktären Kolitis erfolgt oder	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
dd) der Erkrankte innerhalb von 30 Tagen nach der Feststellung der Clostridioides-difficile-Infektion verstirbt und die Infektion als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung gewertet wurde,“.	
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	b) u n v e r ä n d e r t
aa) Dem Satz 1 wird folgender Satz vorangestellt:	
„Dem Gesundheitsamt ist über die Meldung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe i hinaus zu melden, wenn Personen an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis infolge einer Maserninfektion erkranken oder versterben.“	
bb) In dem neuen Satz 2 wird die Angabe „Absatz 1 Nr. 1“ durch die Wörter „Absatz 1 Satz 1 Nummer 1a Buchstabe a“ ersetzt und wird das Wort „leiden“ durch die Wörter „erkrankt sind“ ersetzt.	
cc) In dem neuen Satz 3 werden die Wörter „Die Meldung nach Satz 1“ durch die Wörter „Die Meldung nach den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.	
5. § 7 *Absatz 1 Satz 1* wird wie folgt geändert:	5. § 7 wird wie folgt geändert:
a) *Nach Nummer 3* wird *folgende Nummer 3a eingefügt*:	a) **Absatz 1 Satz 1** wird **wie folgt geändert**:
	aa) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:
„3a. humanpathogene Bornaviren; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis“.	„3a. u n v e r ä n d e r t
b) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:	**bb**) u n v e r ä n d e r t
„6a. Chikungunya-Virus“.	
c) Nach Nummer 10 wird folgende Nummer 10a eingefügt:	**cc**) u n v e r ä n d e r t
„10a. Dengue-Virus“.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	dd) Nach Nummer 31 wird folgende Nummer 31a eingefügt:
	„31a. Middle-East-Respiratory-Syndrome-Coronavirus (MERS-CoV)“.
	ee) Nach Nummer 45 wird folgende Nummer 45a eingefügt:
	„45a. Streptococcus pneumoniae; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Liquor, Blut, Gelenkpunktat oder anderen normalerweise sterilen Substraten“.
	ff) Nummer 48 wird wie folgt gefasst:
	„48. Vibrio spp., humanpathogen; soweit ausschließlich eine Ohrinfektion vorliegt, nur bei Vibrio cholerae“.
d) Nach Nummer 48 wird folgende Nummer 48a eingefügt:	**gg**) unverändert
„48a. West-Nil-Virus“.	
e) Nach Nummer 50 wird folgende Nummer 50a eingefügt:	**hh**) unverändert
„50a. Zika-Virus und sonstige Arboviren“.	
f) In Nummer 51 wird der Punkt am Ende gestrichen.	**ii**) unverändert
g) Folgende Nummer 52 wird angefügt:	**jj**) unverändert
„52. der direkte Nachweis folgender Krankheitserreger:	
a) Staphylococcus aureus, Methicillin-resistente Stämme; Meldepflicht nur für den Nachweis aus Blut oder Liquor	
b) Enterobacterales bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen außer bei natürlicher Resistenz; Meldepflicht nur bei Infektion oder Kolonisation	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
c) Acinetobacter spp. bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen außer bei natürlicher Resistenz; Meldepflicht nur bei Infektion oder Kolonisation.“	
	b) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) In Nummer 5 wird der Punkt am Ende gestrichen.
	bb) Folgende Nummer 6 wird angefügt:
	„6. Neisseria gonorrhoeae mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Azithromycin, Cefixim oder Ceftriaxon.“
6. § 9 wird wie folgt geändert:	6. § 9 wird wie folgt geändert:
a) *Dem* Absatz 1 Nummer 1 wird *folgender Buchstabe q angefügt*:	a) Absatz 1 Nummer 1 wird **wie folgt geändert**:
	aa) In Buchstabe f wird die Angabe „§ 23 Absatz 5“ durch die Wörter „§ 23 Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.
	bb) Folgender Buchstabe q wird angefügt:
„q) Zugehörigkeit zu den in § 70 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 genannten Personengruppen,“.	„q) u n v e r ä n d e r t
b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:	b) u n v e r ä n d e r t
„(6) Die verarbeiteten Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern werden jeweils fallbezogen mit den Daten der zu diesem Fall geführten Ermittlungen und getroffenen Maßnahmen sowie mit den daraus gewonnenen Erkenntnissen auch an die zuständigen Stellen der Bundeswehr übermittelt, sofern die betroffene Person einer Personengruppe im Sinne des § 70 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 angehört.“	
	6a. In § 11 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe f werden die Wörter „nach § 23 Absatz 5“ durch die Wörter „nach § 23 Absatz 3 Satz 1, Absatz 5 Satz 1“ ersetzt.
7. *Dem* § 13 *werden* die folgenden Absätze *4 und 5 angefügt*:	7. § 13 **Absatz 3 wird durch** die folgenden Absätze **3 bis 6 ersetzt**:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(4) *Das zuständige Standesamt hat dem* Robert Koch-Institut für *Zwecke* der *Feststellung einer überdurchschnittlichen Sterblichkeit anonymisiert den Tod*, die *Todeserklärung oder* die *gerichtliche Feststellung* der *Todeszeit einer im Inland verstorbenen Person mitzuteilen* (*Mortalitätssurveillance*). *Im Rahmen* der *Mortalitätssurveillance sind folgende Daten spätestens am dritten Arbeitstag* nach *der Eintragung in das Sterberegister zu übermitteln:*	„**(3) Für Zwecke weiterer Untersuchungen und der Verwahrung können die in § 23 Absatz 3 Satz 1 genannten Einrichtungen sowie Laboratorien Untersuchungsmaterial und Isolate von Krankheitserregern an bestimmte Einrichtungen der Spezialdiagnostik abliefern, insbesondere an nationale Referenzzentren, an Konsiliarlaboratorien, an das** Robert Koch-Institut **und an fachlich unabhängige Landeslaboratorien. Die Einrichtungen der Spezialdiagnostik können Untersuchungsmaterial und Isolate von Krankheitserregern** für **den gleichen Zweck untereinander abliefern. Gemeinsam mit dem abgelieferten Material können pseudonymisierte Falldaten übermittelt werden. Die Ergebnisse** der **Untersuchungen können an die abliefernden Einrichtungen übermittelt werden. Eine Wiederherstellung des Personenbezugs der übermittelten pseudonymisierten Daten ist für die Einrichtungen der Spezialdiagnostik auszuschließen. Enthält das Untersuchungsmaterial humangenetische Bestandteile, sind angemessene Maßnahmen zu treffen,** die **eine Identifizierung betroffener Personen verhindern. Humangenetische Analysen des Untersuchungsmaterials sind verboten. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festzulegen, dass** die **Träger** der **in § 8 Absatz 1 Nummer 2 und 3 genannten Einrichtungen sowie Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen Untersuchungsmaterial und Isolate von Krankheitserregern untersucht werden, verpflichtet sind, Untersuchungsmaterial, aus dem meldepflichtige Nachweise von bestimmten Krankheitserregern gewonnen wurden, sowie Isolate der entsprechenden Erreger zum Zwecke weiterer Untersuchungen und der Verwahrung an bestimmte Einrichtungen der Spezialdiagnostik abzuliefern (molekulare Surveillance). Die Sätze 3 bis 7 gelten entsprechend. In** der **Rechtsverordnung** nach **Satz 8 kann insbesondere bestimmt werden,**
	1. in welchen Fällen die Ablieferung zu erfolgen hat,
	2. welche Verfahren bei der Bildung der Pseudonymisierung nach Satz 3 und bei den Maßnahmen nach Satz 6 anzuwenden sind,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	3. dass Angaben zu Art und Herkunft des Untersuchungsmaterials sowie zu Zeitpunkt und Umständen der Probennahme zu übermitteln sind und
	4. in welchem Verfahren und in welcher Höhe die durch die Ablieferungspflicht entstehenden Kosten für die Vorbereitung, die Verpackung und den Versand der Proben erstattet werden und welcher Kostenträger diese Kosten übernimmt.
	Die Länder können zusätzliche Maßnahmen der molekularen Surveillance treffen.
	(4) Für Zwecke der Überwachung der Verbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen und der entsprechenden Therapie- und Bekämpfungsmaßnahmen können die in Absatz 3 Satz 1 genannten Einrichtungen untereinander pseudonymisierte Falldaten übermitteln. Eine Wiederherstellung des Personenbezugs der übermittelten pseudonymisierten Daten ist für den jeweiligen Empfänger der Daten auszuschließen.
	(5) Für Zwecke der Feststellung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen und Impfeffekten haben die Kassenärztlichen Vereinigungen dem Robert Koch-Institut in von diesem festgelegten Zeitabständen folgende Angaben zu übermitteln (Impfsurveillance):
	1. Patienten-Pseudonym,
	2. Geburtsmonat und -jahr,
	3. Geschlecht,
	4. dreistellige Postleitzahl und Landkreis des Patienten,
	5. Landkreis des behandelnden Arztes,
	6. Fachrichtung des behandelnden Arztes,
	7. Datum der Impfung, der Vorsorgeuntersuchung, des Arzt-Patienten-Kontaktes und Quartal der Diagnose,
	8. antigenspezifischer Abrechnungscode der Impfung, Diagnosecode nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) sowie Leistung nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	9. Diagnosesicherheit,
	10. Diagnosetyp.
	Das Robert Koch-Institut bestimmt die technischen Übermittlungsstandards für die im Rahmen der Impfsurveillance zu übermittelnden Daten sowie das Verfahren zur Bildung des Patienten-Pseudonyms nach Satz 1 Nummer 1. Eine Wiederherstellung des Personenbezugs der übermittelten pseudonymisierten Daten ist für das Robert Koch-Institut auszuschließen.
	(6) Für Zwecke der Feststellung einer überdurchschnittlichen Sterblichkeit hat das zuständige Standesamt der zuständigen Landesbehörde spätestens am dritten Arbeitstag nach der Eintragung in das Sterberegister und hat die zuständige Landesbehörde am folgenden Arbeitstag dem Robert Koch-Institut anonymisiert den Tod, die Todeserklärung oder die gerichtliche Feststellung der Todeszeit einer im Inland verstorbenen Person mit folgenden Angaben zu übermitteln (Mortalitätssurveillance):
1. Daten zum übermittelnden Standesamt,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Geschlecht der verstorbenen Person,	2. u n v e r ä n d e r t
3. Jahr und Monat der Geburt der verstorbenen Person,	3. u n v e r ä n d e r t
4. Todestag oder Todeszeitraum,	4. u n v e r ä n d e r t
5. Sterbeort,	5. u n v e r ä n d e r t
6. Landkreis oder kreisfreie Stadt des letzten Wohnsitzes der verstorbenen Person,	6. Landkreis oder kreisfreie Stadt des letzten Wohnsitzes der verstorbenen Person**.**
7. Datum der Eintragung in das Sterberegister.	**entfällt**
Die Mitteilung erfolgt elektronisch. Die Daten können durch das Robert Koch-Institut anderen obersten und oberen *Bundes- und Landesbehörden* für den gleichen Zweck übermittelt werden.	**Für die Übermittlungen von den zuständigen Landesbehörden an das Robert Koch-Institut bestimmt das Robert Koch-Institut die technischen Übermittlungsstandards**. Die **im Rahmen der Mortalitätssurveillance übermittelten** Daten können durch das Robert Koch-Institut anderen obersten und oberen **Bundesbehörden** für den gleichen Zweck übermittelt werden**.“**

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben dem Robert Koch-Institut für Zwecke der Feststellung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen und Impfeffekten pseudonymisierte Versorgungsdaten zur Verfügung zu stellen (Impfsurveillance). Im Rahmen der Impfsurveillance sind folgende Daten in vom Robert Koch-Institut festgelegten Zeitabständen zu übermitteln:	**entfällt**
1. Patienten-Pseudonym,	
2. Geburtsmonat und -jahr,	
3. Geschlecht,	
4. dreistellige Postleitzahl und Landkreis des Patienten,	
5. Landkreis des behandelnden Arztes,	
6. Fachrichtung des behandelnden Arztes,	
7. Datum der Impfung, der Vorsorgeuntersuchung, des Arzt-Patienten-Kontaktes und Quartal der Diagnose,	
8. antigenspezifischer Abrechnungscode der Impfung, Diagnosecode nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) sowie Leistung nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab,	
9. Diagnosesicherheit,	
10. Diagnosetyp.	
Eine Wiederherstellung des Personenbezugs der übermittelten pseudonymisierten Daten ist für das Robert Koch-Institut auszuschließen. Das Robert Koch-Institut bestimmt das Verfahren zur Pseudonymisierung nach Satz 2 Nummer 1 sowie die technischen Übermittlungsstandards für die zu übermittelnden Daten.“	**entfällt**
8. § 20 wird wie folgt geändert:	8. § 20 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:	a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(1) Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die obersten Landesgesundheitsbehörden und die von ihnen beauftragten Stellen sowie die Gesundheitsämter informieren die Bevölkerung zielgruppenspezifisch über die Bedeutung von Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten.“	„(1) Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die obersten Landesgesundheitsbehörden und die von ihnen beauftragten Stellen sowie die Gesundheitsämter informieren die Bevölkerung zielgruppenspezifisch über die Bedeutung von Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten**. Bei der Information der Bevölkerung soll die vorhandene Evidenz zu bestehenden Impflücken berücksichtigt werden**.“
b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:	b) u n v e r ä n d e r t
„(4) Zur Durchführung von Schutzimpfungen ist jeder Arzt berechtigt. Fachärzte dürfen Schutzimpfungen unabhängig von den Grenzen der Ausübung ihrer fachärztlichen Tätigkeit durchführen. Die Berechtigung zur Durchführung von Schutzimpfungen nach anderen bundesrechtlichen Vorschriften bleibt unberührt.“	
c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:	c) u n v e r ä n d e r t
aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Personen, die auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht an Schutzimpfungen oder an anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe teilnehmen können, können durch Rechtsverordnung nach Satz 1 nicht zu einer Teilnahme an Schutzimpfungen oder an anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe verpflichtet werden.“	
bb) Satz 3 wird aufgehoben.	
d) Absatz 7 Satz 3 wird aufgehoben.	d) u n v e r ä n d e r t
e) Die folgenden Absätze 8 bis 14 werden angefügt:	e) Die folgenden Absätze 8 bis 14 werden angefügt:
„(8) Folgende Personen müssen einen nach den *Empfehlungen der Ständigen Impfkommission* ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder eine Immunität gegen Masern aufweisen:	„(8) Folgende Personen**, die nach dem 31. Dezember 1970 geboren sind,** müssen **entweder** einen nach den **Maßgaben von Satz 2** ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder **ab der Vollendung des ersten Lebensjahres** eine Immunität gegen Masern aufweisen:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
1. Personen, die in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut werden,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Personen, die bereits vier Wochen	2. Personen, die bereits vier Wochen
a) in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 Nummer 4 betreut werden oder	a) u n v e r ä n d e r t
b) in einer Einrichtung nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 untergebracht sind und	b) in einer Einrichtung nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 untergebracht sind**,** und
3. Personen, die in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 *Tätigkeiten ausüben*.	3. Personen, die in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 **tätig sind**.
Satz 1 gilt auch, wenn zur Erlangung von Impfschutz gegen Masern ausschließlich Kombinationsimpfstoffe zur Verfügung stehen, die auch Impfstoffkomponenten gegen andere Krankheiten enthalten. Satz 1 gilt nicht für Personen, die auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden können.	**Ein ausreichender Impfschutz gegen Masern besteht, wenn ab der Vollendung des ersten Lebensjahres mindestens eine Schutzimpfung und ab der Vollendung des zweiten Lebensjahres mindestens zwei Schutzimpfungen gegen Masern bei der betroffenen Person durchgeführt wurden.** Satz 1 gilt auch, wenn zur Erlangung von Impfschutz gegen Masern ausschließlich Kombinationsimpfstoffe zur Verfügung stehen, die auch Impfstoffkomponenten gegen andere Krankheiten enthalten. Satz 1 gilt nicht für Personen, die auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden können.
(9) Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut *werden sollen* oder in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 *Tätigkeiten ausüben* sollen, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung vor Beginn ihrer Betreuung oder ihrer Tätigkeit folgenden Nachweis vorzulegen:	(9) Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut oder in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 **tätig werden** sollen, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung vor Beginn ihrer Betreuung oder ihrer Tätigkeit folgenden Nachweis vorzulegen:
1. eine Impfdokumentation nach § 22 Absatz 1 und 2 oder ein ärztliches Zeugnis, auch in Form einer Dokumentation nach § 26 Absatz 2 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, darüber, dass bei ihnen ein Impfschutz gegen Masern besteht, *der den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission entspricht, oder*	1. eine Impfdokumentation nach § 22 Absatz 1 und 2 oder ein ärztliches Zeugnis, auch in Form einer Dokumentation nach § 26 Absatz 2 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, darüber, dass bei ihnen ein **nach den Maßgaben von Absatz 8 Satz 2 ausreichender** Impfschutz gegen Masern besteht,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. ein ärztliches Zeugnis darüber, dass bei ihnen eine Immunität gegen Masern vorliegt oder sie *auf Grund* einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden können.	2. ein ärztliches Zeugnis darüber, dass bei ihnen eine Immunität gegen Masern vorliegt oder sie **aufgrund** einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden können **oder**
	3. eine Bestätigung einer staatlichen Stelle oder der Leitung einer anderen in Absatz 8 Satz 1 genannten Einrichtung darüber, dass ein Nachweis nach Nummer 1 oder Nummer 2 bereits vorgelegen hat.
Die *zuständige Behörde* kann bestimmen, dass *vor* der *Erstaufnahme von Schülern in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule der* Nachweis nach Satz 1 dem Gesundheitsamt gegenüber zu erbringen ist. Die Behörde, die für die Erteilung der Erlaubnis nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch zuständig ist, kann bestimmen, dass vor dem Beginn der Tätigkeit im Rahmen der Kindertagespflege der Nachweis nach Satz 1 ihr gegenüber zu erbringen ist. *Die Leitung* der *jeweiligen Einrichtung darf eine* Person, die *keinen Nachweis* nach Satz *1 erbringt und keiner gesetzlichen Schulpflicht unterliegt, nicht* in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 *zur Betreuung aufnehmen und darf einer solchen Person* in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 *keine Tätigkeit übertragen. Die zuständige Behörde kann allgemeine Ausnahmen zulassen. Wenn* sich *aus dem Nachweis nach Satz 1* ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, hat *die Leitung der jeweiligen Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln.*	Die **oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle** kann bestimmen, dass der Nachweis nach Satz 1 **nicht der Leitung der jeweiligen Einrichtung, sondern** dem Gesundheitsamt **oder einer anderen staatlichen Stelle** gegenüber zu erbringen ist. Die Behörde, die für die Erteilung der Erlaubnis nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch zuständig ist, kann bestimmen, dass vor dem Beginn der Tätigkeit im Rahmen der Kindertagespflege der Nachweis nach Satz 1 ihr gegenüber zu erbringen ist. **Wenn** der **Nachweis nach Satz 1 von einer** Person, die **aufgrund einer** nach Satz **8 zugelassenen Ausnahme oder nach Satz 9** in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 **betreut oder** in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 **beschäftigt oder tätig werden darf, nicht vorgelegt wird oder wenn** sich ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, hat
	1. die Leitung der jeweiligen Einrichtung oder
	2. die andere Stelle nach Satz 2 oder Satz 3

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln. Eine Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung der jeweiligen Einrichtung oder der anderen Stelle nach Satz 2 oder Satz 3 bekannt ist, dass das Gesundheitsamt über den Fall bereits informiert ist. Eine Person, die ab der Vollendung des ersten Lebensjahres keinen Nachweis nach Satz 1 vorlegt, darf nicht in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut oder in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 beschäftigt werden. Eine Person, die über keinen Nachweis nach Satz 1 verfügt oder diesen nicht vorlegt, darf in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 nicht tätig werden. Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle kann allgemeine Ausnahmen von den Sätzen 6 und 7 zulassen, wenn das Paul-Ehrlich-Institut auf seiner Internetseite einen Lieferengpass zu allen Impfstoffen mit einer Masernkomponente, die für das Inverkehrbringen in Deutschland zugelassen oder genehmigt sind, bekannt gemacht hat; parallel importierte und parallel vertriebene Impfstoffe mit einer Masernkomponente bleiben unberücksichtigt. Eine Person, die einer gesetzlichen Schulpflicht unterliegt, darf in Abweichung von Satz 6 in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 3 betreut werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(10) Personen, die am 1. März 2020 bereits in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut werden oder in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 tätig sind, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung einen Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 bis zum Ablauf des 31. Juli 2021 vorzulegen. *Wenn* der Nachweis nicht bis zum Ablauf des 31. Juli 2021 vorgelegt wird *oder sich aus dem Nachweis ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln.*	(10) Personen, die am 1. März 2020 bereits in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut werden oder in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 tätig sind, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung einen Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 bis zum Ablauf des 31. Juli 2021 vorzulegen. **Absatz 9 Satz 2 bis 5 findet mit** der **Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Benachrichtigung des zuständigen Gesundheitsamtes und eine Übermittlung personenbezogener Angaben immer zu erfolgen hat, wenn der** Nachweis **nach Absatz 9 Satz 1** nicht bis zum Ablauf des 31. Juli 2021 vorgelegt wird.
(11) Personen, die bereits vier Wochen in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 4 betreut werden oder in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 untergebracht sind, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung einen Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 wie folgt vorzulegen:	(11) Personen, die bereits vier Wochen in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 4 betreut werden oder in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 untergebracht sind, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung einen Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 wie folgt vorzulegen:
1. innerhalb von vier weiteren Wochen oder,	1. u n v e r ä n d e r t
2. wenn sie am 1. März 2020 bereits betreut werden oder untergebracht sind, bis zum Ablauf des 31. Juli 2021.	2. u n v e r ä n d e r t
Wenn der Nachweis nicht bis zu dem in Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 genannten Zeitpunkt vorgelegt wird *oder sich aus dem Nachweis ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln.*	**Absatz 9 Satz 2, 4 und 5 findet mit** der **Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Benachrichtigung des zuständigen Gesundheitsamtes und eine Übermittlung personenbezogener Angaben immer zu erfolgen hat, wenn der** Nachweis **nach Absatz 9 Satz 1** nicht bis zu dem in Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 genannten Zeitpunkt vorgelegt wird.
(12) Folgende Personen haben dem Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die jeweilige Einrichtung befindet, auf Anforderung einen Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 vorzulegen:	(12) Folgende Personen haben dem Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die jeweilige Einrichtung befindet, auf Anforderung einen Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 vorzulegen:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
1. Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut werden,	1. unverändert
2. Personen, die bereits acht Wochen	2. unverändert
a) in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 4 betreut werden oder	
b) in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 untergebracht sind und	
3. Personen, die in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 tätig sind.	3. unverändert
Wenn der Nachweis nicht vorgelegt wird oder sich aus dem Nachweis ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, kann das Gesundheitsamt die zur Vorlage des Nachweises verpflichtete Person zu einer Beratung laden und hat diese zu einer Vervollständigung des Impfschutzes gegen Masern aufzufordern. Das Gesundheitsamt kann *gegenüber* einer Person, die trotz *Aufforderung* nach *den Sätzen* 1 *und 2* keinen Nachweis vorlegt, die in *§ 34* Absatz *1* Satz 1 *und 2* genannten *Verbote erteilen, soweit* die Person *keiner* gesetzlichen *Schul-* oder *Unterbringungsverpflichtung unterliegt*. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen ein vom Gesundheitsamt erteiltes Verbot haben keine aufschiebende Wirkung.	Wenn der Nachweis **nach Absatz 9 Satz 1** nicht **innerhalb einer angemessenen Frist** vorgelegt wird oder sich aus dem Nachweis ergibt, dass ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, kann das Gesundheitsamt die zur Vorlage des Nachweises verpflichtete Person zu einer Beratung laden und hat diese zu einer Vervollständigung des Impfschutzes gegen Masern aufzufordern. Das Gesundheitsamt kann einer Person, die trotz **der Anforderung** nach **Satz** 1 keinen Nachweis **innerhalb einer angemessenen Frist** vorlegt, **untersagen, dass sie** die **dem Betrieb einer** in Absatz **8** Satz 1 genannten **Einrichtung dienenden Räume betritt oder in einer solchen Einrichtung tätig wird. Einer Person**, die **einer gesetzlichen Schulpflicht unterliegt, kann in Abweichung von Satz 3 nicht untersagt werden, die dem Betrieb einer Einrichtung nach § 33 Nummer 3 dienenden Räume zu betreten. Einer** Person**, die einer** gesetzlichen **Unterbringungspflicht unterliegt, kann in Abweichung von Satz 3 nicht untersagt werden, die dem Betrieb einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 Nummer 4** oder **einer Einrichtung nach § 36 Absatz 1 Nummer 4 dienenden Räume zu betreten**. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen ein vom Gesundheitsamt **nach Satz 3** erteiltes Verbot haben keine aufschiebende Wirkung.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(13) Wenn eine nach den Absätzen 9 bis 12 verpflichtete Person minderjährig ist, so hat derjenige für die Einhaltung der diese Person nach den Absätzen 9 bis 12 treffenden Verpflichtungen zu sorgen, dem die Sorge für diese Person zusteht. Die gleiche Verpflichtung trifft den Betreuer einer von Verpflichtungen nach den Absätzen 9 bis 12 betroffenen Person, soweit die Erfüllung dieser Verpflichtungen zu seinem Aufgabenkreis gehört.	(13) u n v e r ä n d e r t
(14) Durch die Absätze 6 bis 12 wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.“	(14) u n v e r ä n d e r t
9. § 22 wird wie folgt gefasst:	9. u n v e r ä n d e r t
„§ 22	
Impfdokumentation	
(1) Jede Schutzimpfung ist unverzüglich in einen Impfausweis, oder, falls der Impfausweis nicht vorgelegt wird, in einer Impfbescheinigung zu dokumentieren (Impfdokumentation).	
(2) Die Impfdokumentation muss zu jeder Schutzimpfung folgende Angaben enthalten:	
1. Datum der Schutzimpfung,	
2. Bezeichnung und Chargenbezeichnung des Impfstoffes,	
3. Name der Krankheit, gegen die geimpft wurde,	
4. Name und Anschrift der für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortlichen Person sowie	
5. Bestätigung in Schriftform oder in elektronischer Form mit einer qualifizierten elektronischen Signatur oder einem qualifizierten elektronischen Siegel durch die für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortliche Person.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Bei Nachtragungen in einen Impfausweis kann jeder Arzt die Bestätigung nach Satz 1 Nummer 5 vornehmen oder hat das zuständige Gesundheitsamt die Bestätigung nach Satz 1 Nummer 5 vorzunehmen, wenn dem Arzt oder dem Gesundheitsamt eine frühere Impfdokumentation über die nachzutragende Schutzimpfung vorgelegt wird.	
(3) In der Impfdokumentation ist hinzuweisen auf	
1. das zweckmäßige Verhalten bei ungewöhnlichen Impfreaktionen,	
2. die sich gegebenenfalls aus den §§ 60 bis 64 ergebenden Ansprüche bei Eintritt eines Impfschadens sowie	
3. Stellen, bei denen die sich aus einem Impfschaden ergebenden Ansprüche geltend gemacht werden können.	
(4) In der Impfdokumentation ist über notwendige Folge- und Auffrischimpfungen mit Terminvorschlägen zu informieren, so dass die geimpfte Person diese rechtzeitig wahrnehmen kann.“	
10. § 23 wird wie folgt geändert:	10. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 10 wird das Wort „und“ am Ende gestrichen.	
bb) In Nummer 11 wird der Punkt am Ende durch ein Komma und das Wort „und“ ersetzt.	
cc) Folgende Nummer 12 wird angefügt:	
„12. Rettungsdienste.“	
b) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 7 wird das Wort „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.	
bb) In Nummer 8 wird der Punkt am Ende durch ein Komma und das Wort „und“ ersetzt.	
cc) Folgende Nummer 9 wird angefügt:	
„9. Rettungsdienste.“	
c) Nach Absatz 8 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„Für Rettungsdienste können die Landesregierungen erforderliche Maßnahmen nach den Sätzen 1 und 2 regeln.“	
	10a. § 24 wird wie folgt gefasst:
	„§ 24
	Feststellung und Heilbehandlung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung
	Die Feststellung oder die Heilbehandlung einer in § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 5 oder in § 34 Absatz 1 Satz 1 genannten Krankheit oder einer Infektion mit einem in § 7 genannten Krankheitserreger oder einer sonstigen sexuell übertragbaren Krankheit darf nur durch einen Arzt erfolgen. Satz 1 gilt nicht für die Anwendung von In-vitro-Diagnostika, die für patientennahe Schnelltests bei Testung auf HIV, Hepatitis C-Virus und Treponema pallidum verwendet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festzulegen, dass Satz 1 auch nicht für die Anwendung von In-vitro-Diagnostika gilt, die für patientennahe Schnelltests bei Testung auf weitere Krankheiten oder Krankheitserreger verwendet werden.“
11. In § 28 Absatz 2 werden die Wörter „ärztliche Bescheinigung“ durch die Wörter „ärztliches Zeugnis“ ersetzt.	11. u n v e r ä n d e r t
12. § 33 wird wie folgt gefasst:	12. § 33 wird wie folgt gefasst:
„§ 33	„§ 33
Gemeinschaftseinrichtungen	Gemeinschaftseinrichtungen
Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzes sind Einrichtungen, in denen überwiegend minderjährige Personen betreut werden. *Dazu* gehören insbesondere:	Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzes sind Einrichtungen, in denen überwiegend minderjährige Personen betreut werden**; dazu** gehören insbesondere:
1. Kindertageseinrichtungen und Kinderhorte,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch erlaubnispflichtige Kindertagespflege,	2. u n v e r ä n d e r t
3. Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen,	3. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
4. Heime und	4. unverändert
5. Ferienlager.“	5. unverändert
	12a. § 36 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
	„1. die in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen mit Ausnahme der Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 2,“
	b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
	„(2) Einrichtungen und Unternehmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass durch Tätigkeiten am Menschen durch Blut Krankheitserreger übertragen werden, sowie Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 2 können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden.“
	12b. § 43 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) In Nummer 1 werden die Wörter „in mündlicher und schriftlicher Form“ gestrichen.
	bb) In Nummer 2 wird das Wort „schriftlich“ durch die Wörter „in Textform“ ersetzt.
	b) In Absatz 7 werden die Wörter „Europäischen Gemeinschaft“ durch die Wörter „Europäischen Union“ ersetzt.
	12c. Dem § 56 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
	„Eine Entschädigung nach den Sätzen 1 und 2 erhält nicht, wer durch Inanspruchnahme einer Schutzimpfung oder anderen Maßnahme der spezifischen Prophylaxe, die gesetzlich vorgeschriebenen ist oder im Bereich des gewöhnlichen Aufenthaltsorts des Betroffenen öffentlich empfohlen wurde, ein Verbot in der Ausübung seiner bisherigen Tätigkeit oder eine Absonderung hätte vermeiden können.“
13. § 73 wird wie folgt geändert:	13. § 73 wird wie folgt geändert:
a) Nach Absatz 1a Nummer 7 werden die folgenden Nummern 7a bis 7d eingefügt:	a) Nach Absatz 1a Nummer 7 werden die folgenden Nummern 7a bis 7d eingefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„7a. entgegen § 20 Absatz 9 Satz 4 *eine Person zur Betreuung aufnimmt* oder *einer Person* eine *Tätigkeit überträgt*,	„7a. entgegen § 20 Absatz 9 Satz 4 **Nummer 1, auch in Verbindung mit Absatz 10 Satz 2** oder **Absatz 11 Satz 2** eine **Benachrichtigung nicht**, **nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vornimmt,**
7b. entgegen § 20 Absatz 9 Satz 6, *Absatz 10 Satz 2* oder *Absatz 11* Satz *2* eine *Benachrichtigung nicht, nicht richtig, nicht vollständig* oder *nicht rechtzeitig vornimmt*,	7b. entgegen § 20 Absatz 9 Satz 6 oder Satz **7** eine **Person betreut** oder **beschäftigt oder in einer dort genannten Einrichtung tätig wird**,
7c. entgegen § 20 Absatz 12 Satz 1, auch in Verbindung mit § 20 Absatz 13 Satz 1 oder Satz 2, einen Nachweis nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt,	7c. u n v e r ä n d e r t
7d. einer vollziehbaren Anordnung nach § 20 Absatz 12 Satz 3, auch in Verbindung mit § 20 Absatz 13 Satz 1 oder Satz 2, zuwiderhandelt,“.	7d. u n v e r ä n d e r t
b) In Absatz 2 werden die Wörter „Absatzes 1a Nr. 8, 9b, 11a, 17a und 21“ durch die Wörter „Absatzes 1a Nummer 7a bis 7d, 8, 9b, 11a, 17a und 21“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
Artikel 2	**Artikel 2**
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S.646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S.646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In § 20a Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „fördern“ die Wörter „im Zusammenwirken mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst“ eingefügt.	1. u n v e r ä n d e r t
2. In § 20f Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 werden nach dem Wort „Jugendhilfe“ die Wörter „sowie über deren Information über Leistungen der Krankenkassen nach § 20a Absatz 1 Satz 2“ eingefügt.	2. u n v e r ä n d e r t
3. § 20i wird wie folgt geändert:	3. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 Satz 7 wird aufgehoben.	
b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(4) Soweit Versicherte Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen haben, schließt dieser Anspruch die Bereitstellung einer Impfdokumentation nach § 22 des Infektionsschutzgesetzes ein. Die Krankenkassen können die Versicherten in geeigneter Form über fällige Schutzimpfungen, für die sie einen Anspruch auf Leistungen haben, versichertenbezogen informieren.“	
4. Nach § 26 Absatz 2 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:	4. u n v e r ä n d e r t
„In der ärztlichen Dokumentation über die Untersuchungen soll auf den Impfstatus in Bezug auf Masern und auf eine durchgeführte Impfberatung hingewiesen werden, um einen Nachweis im Sinne von § 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 und § 34 Absatz 10a Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes zu ermöglichen.“	
	4a. Dem § 27 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
	„Zur Krankenbehandlung gehören auch Leistungen zur vertraulichen Spurensicherung am Körper, einschließlich der erforderlichen Dokumentation sowie Laboruntersuchungen und einer ordnungsgemäßen Aufbewahrung der sichergestellten Befunde, bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung oder einer Vergewaltigung sein können.“
	4b. Nach § 31 Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:
	„(1b) Für Versicherte, die eine kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel benötigen, können Vertragsärzte Verordnungen ausstellen, nach denen eine nach der Erstabgabe bis zu dreimal wiederholende Abgabe erlaubt ist. Die Verordnungen sind besonders zu kennzeichnen. Sie dürfen bis zu einem Jahr nach Ausstellungsdatum zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse durch Apotheken beliefert werden.“
	4c. § 65a wird wie folgt geändert
	a) Absatz 1 wird durch die folgenden Absätze 1 und 1a ersetzt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„(1) Die Krankenkasse bestimmt in ihrer Satzung, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i in Anspruch nehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 genannten abgesenkten Belastungsgrenze zu gewähren ist.
	(1a) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 in Anspruch nehmen oder an vergleichbaren, qualitätsgesicherten Angeboten zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens teilnehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 genannten abgesenkten Belastungsgrenze zu gewähren ist.“
	b) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 1“ durch die Angabe „Absatz 1a“ ersetzt.
5. § 132e Absatz 1 wird wie folgt geändert:	5. § 132e Absatz 1 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 1 werden die Wörter „geeigneten Ärzten einschließlich Betriebsärzten“ *durch das Wort „Ärzten“, die Wörter „*geeignetem *ärztlichen Personal“ durch die Wörter* „ärztlichem Personal“ *und die Wörter „*oder den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind,“ durch die Wörter „oder *dem öffentlichen Gesundheitsdienst*“ ersetzt.	a) In Satz 1 werden die Wörter „geeigneten Ärzten einschließlich Betriebsärzten**, deren Gemeinschaften, Einrichtungen mit** geeignetem ärztlichem Personal oder den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind**“** durch die Wörter „**Ärzten, Einrichtungen mit ärztlichem Personal, deren Gemeinschaften, den obersten Landesgesundheitsbehörden** oder **den von ihnen bestimmten Stellen**“ ersetzt.
b) Satz 2 wird *wie folgt gefasst*:	b) Satz 2 wird **durch die folgenden Sätze ersetzt**:
„Es sind insbesondere Verträge abzuschließen mit	„**Als Gemeinschaften im Sinne des Satzes 1 gelten auch Vereinigungen zur Unterstützung von Mitgliedern, die Schutzimpfungen nach § 20i durchführen.** Es sind insbesondere Verträge abzuschließen mit

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten,	1. den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten **oder deren Gemeinschaften**,
2. den Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, und	2. den Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, **oder deren Gemeinschaften** und
3. *dem öffentlichen Gesundheitsdienst.“*	3. **den obersten Landesgesundheitsbehörden oder den von ihnen bestimmten Stellen.**
	In Verträgen mit den Fachärzten für Arbeitsmedizin, Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ und sonstigen Ärzten, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder deren Gemeinschaften, sind insbesondere Regelungen zur vereinfachten Umsetzung der Durchführung von Schutzimpfungen, insbesondere durch die pauschale Bereitstellung von Impfstoffen sowie Regelungen zur vereinfachten Abrechnung, insbesondere durch die Erstattung von Pauschalbeträgen oder anteilig nach den Versichertenzahlen (Umlageverfahren) vorzusehen.“
c) *In* Satz *3* werden *in dem* Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind,“ durch die Wörter „*dem öffentlichen Gesundheitsdienst*“ ersetzt.	c) **Im neuen** Satz **5** werden **im** Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „den **Verträgen mit den** Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind,“ durch die Wörter „**Verträgen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden oder den von ihnen bestimmten Stellen**“ ersetzt.
	5a. Nach § 132i werden folgende §§ 132j und 132k eingefügt:
	„§ 132j
	Regionale Modellvorhaben zur Durchführung von Grippeschutzimpfungen in Apotheken

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(1) Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände haben mit Apotheken, Gruppen von Apotheken oder mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Apotheker auf Landesebene, wenn diese sie dazu auffordern, Verträge über die Durchführung von Modellvorhaben in ausgewählten Regionen zur Durchführung von Grippeschutzimpfungen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, in Apotheken mit dem Ziel der Verbesserung der Impfquote abzuschließen. In den Verträgen ist zu den Grippeschutzimpfungen in Apotheken insbesondere Folgendes zu regeln:
	1. die Voraussetzungen für deren Durchführung,
	2. deren Durchführung,
	3. deren Vergütung und
	4. deren Abrechnung.
	§ 63 Absatz 3, 3a Satz 2 bis 4 und Absatz 5 Satz 3 und 4 ist entsprechend anzuwenden.
	(2) Vor Abschluss eines Vertrages nach Absatz 1 sind zu den jeweiligen Vertragsinhalten Stellungnahmen des Robert Koch-Instituts und des Paul-Ehrlich-Instituts einzuholen; die Stellungnahmen sind zu berücksichtigen.
	(3) Die Verträge nach Absatz 1 sind der für die Krankenkasse oder den Landesverband zuständigen Aufsichtsbehörde und der für die Überwachung der Apotheken zuständigen Behörde vor Beginn der Durchführung des Modellvorhabens vorzulegen.
	(4) Im Rahmen der Modellvorhaben dürfen Apothekerinnen und Apotheker Grippeschutzimpfungen bei Personen durchführen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben,
	1. soweit Berufsrecht dem nicht entgegensteht und
	2. wenn
	a) die Apothekerinnen und Apotheker hierfür ärztlich geschult sind und ihnen die erfolgreiche Teilnahme an der Schulung bestätigt wurde und

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	b) in der jeweiligen Apotheke eine geeignete Räumlichkeit mit der Ausstattung vorhanden ist, die für die Durchführung einer Grippeschutzimpfung erforderlich ist.
	(5) Die ärztliche Schulung, an der Apothekerinnen und Apotheker teilnehmen müssen, um Grippeschutzimpfungen durchführen zu dürfen, hat insbesondere die Vermittlung der folgenden Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu umfassen:
	1. Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Durchführung von Grippeschutzimpfungen einschließlich der Aufklärung und Einholung der Einwilligung der zu impfenden Person,
	2. Kenntnis von Kontraindikationen sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten zu deren Beachtung und
	3. Kenntnis von Notfallmaßnahmen bei eventuellen akuten Impfreaktionen sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Durchführung dieser Notfallmaßnahmen.
	(6) Über die Schulung schließen die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 gemeinsam Verträge mit Anbietern der Schulung. Vor Abschluss der Verträge sind zu den jeweiligen Vertragsinhalten Stellungnahmen des Robert Koch-Instituts und des Paul-Ehrlich-Instituts einzuholen; die Stellungnahmen sind zu berücksichtigen.
	(7) Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf längstens fünf Jahre zu befristen. Sie sind nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu begleiten und auszuwerten.
	§ 132k
	Vertrauliche Spurensicherung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände schließen gemeinsam und einheitlich auf Antrag des jeweiligen Landes mit dem Land sowie mit einer hinreichenden Anzahl von geeigneten Einrichtungen oder Ärzten Verträge über die Erbringung von Leistungen nach § 27 Absatz 1 Satz 6. In den Verträgen sind insbesondere die Einzelheiten zu Art und Umfang der Leistungen, die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung sowie die Vergütung und Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens zu regeln. Die Leistungen werden unmittelbar mit den Krankenkassen abgerechnet, die Vergütung kann pauschaliert werden. Das Abrechnungsverfahren ist so zu gestalten, dass die Anonymität des Versicherten gewährleistet ist. Kommt ein Vertrag ganz oder teilweise nicht binnen sechs Monaten nach Antragstellung durch das Land zustande, gilt § 132i Satz 3 bis 5 entsprechend mit der Maßgabe, dass Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson keine aufschiebende Wirkung haben.“
6. In § 285 Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuchs“ die Wörter „oder nach § 13 Absatz 5 des Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.	6. u n v e r ä n d e r t
	6a. In § 295 Absatz 1b Satz 1 wird die Angabe „§ 73b“ durch die Angabe „§§ 73b, 132e oder 132f“ ersetzt.
Artikel 3	**Artikel 3**
Aufhebung der IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung	**u n v e r ä n d e r t**
Die IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung vom 18. März 2016 (BGBl. I S. 515) wird aufgehoben.	
	Artikel 3a
	Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	In § 3 Absatz 4 Satz 1 der Medizinprodukte-Abgabeverordnung vom 25. Juli 2014 (BGBl. I S. 1227), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 21. September 2018 (BGBl. I S. 1385) geändert worden ist, werden im Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „oder Satz 2“ jeweils gestrichen und werden in Nummer 5 das Komma und die Wörter „in denen Tests unter ärztlicher Aufsicht angeboten werden“ gestrichen.
	Artikel 3b
	Änderung des Heilmittelwerbegesetzes
	§ 11 Absatz 1 Satz 3 des Heilmittelwerbegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Oktober 1994 (BGBl. I S. 3068), das zuletzt durch Artikel 16 des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:
	„Ferner darf für die in § 1 Absatz 1 Nummer 2 genannten operativen plastisch-chirurgischen Eingriffe nicht wie folgt geworben werden:
	1. mit der Wirkung einer solchen Behandlung durch vergleichende Darstellung des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach dem Eingriff oder
	2. mit Werbemaßnahmen, die sich ausschließlich oder überwiegend an Kinder und Jugendliche richten.“
	Artikel 3c
	Änderung des Arzneimittelgesetzes
	§ 48 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 des Arzneimittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:
	„5. zu bestimmen, ob und wie oft ein Arzneimittel auf dieselbe Verschreibung wiederholt abgegeben werden darf,“.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Artikel 3d
	Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung
	Die Arzneimittelverschreibungsverordnung vom 21. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3632), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 25. Oktober 2019 (BGBl. I S. 1490) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. Nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:
	„6a. sofern das Arzneimittel zur wiederholten Abgabe auf dieselbe Verschreibung bestimmt sein soll, einen Vermerk mit der Anzahl der Wiederholungen,“.
	2. § 4 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
	„(3) Die wiederholte Abgabe eines zur Anwendung bei Menschen bestimmten verschreibungspflichtigen Arzneimittels auf dieselbe Verschreibung bedarf der Anordnung der verschreibenden Person. Die verschreibende Person kann eine Verschreibung ausstellen, nach der eine nach der Erstabgabe bis zu dreimal wiederholende Abgabe erlaubt ist. Die Verschreibungen sind als Verschreibungen zur wiederholten Abgabe zu kennzeichnen. Bei der wiederholten Abgabe auf dieselbe Verschreibung ist das verschriebene Arzneimittel jeweils in derselben Packungsgröße abzugeben, die die verschreibende Person für die erstmalige Abgabe auf der Verschreibung angegeben hat. Die wiederholte Abgabe eines zur Anwendung bei Tieren bestimmten verschreibungspflichtigen Arzneimittels auf dieselbe Verschreibung über die verschriebene Menge hinaus ist unzulässig.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Artikel 4	**Artikel 4**
Inkrafttreten	**Inkrafttreten**
Dieses Gesetz tritt am 1. März 2020 in Kraft.	Dieses Gesetz tritt **vorbehaltlich des Satzes 2** am 1. März 2020 in Kraft. **In Artikel 1 Nummer 7 tritt § 13 Absatz 6 des Infektionsschutzgesetzes am 1. November 2021 in Kraft.**

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Bericht der Abgeordneten Rudolf Henke, Martina Stamm-Fibich, Detlev Spangenberg, Dr. Andrew Ullmann, Harald Weinberg und Kordula Schulz-Asche

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksachen 19/13452, 19/13826** sowie die Anträge auf den **Drucksachen 19/14061** und **19/9960** in seiner 119. Sitzung am 18. Oktober 2019 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er den Antrag auf Drucksache 19/9960 an den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz, den Haushaltsausschuss sowie an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Mitberatung überwiesen. Zudem hat er in seiner 121. Sitzung am 24. Oktober 2019 den Gesetzentwurf nachträglich an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jungend zur Mitberatung überwiesen (Plenarprotokoll 19/121, Seite 14871B).

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung stellt fest, dass Masern eine der ansteckendsten Infektionskrankheiten seien, die schwer verlaufen und Komplikationen und Folgeerkrankungen nach sich ziehen könnten. In Deutschland seien sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene von Maserninfektionen betroffen. Das zeige, dass die im Kindesalter vorzunehmende Impfung vernachlässigt worden sei, obwohl gut verträgliche und hochwirksame Impfstoffe zur Verfügung stünden, die eine langfristige Immunisierung bewirkten. Impfungen schützten den Einzelnen. Sie verhinderten gleichzeitig die Weiterverbreitung einer Infektion in der Bevölkerung, wenn mindestens 95 Prozent der Bevölkerung immunisiert sei. Dieses Ziel werde seit 1984 von den Mitgliedstaaten der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verfolgt. Die bisherigen Maßnahmen zur Stärkung der Impfbereitschaft seien nicht ausreichend gewesen, da eine große Zahl von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen nicht ausreichend gegen Masern immun sei. Die Masern könnten deshalb weiter zirkulieren. 2017 habe die WHO Deutschland wieder als Land mit einheimischer Masernverbreitung eingestuft. Von Januar bis Ende Mai 2019 seien dem Robert Koch-Institut (RKI) 420 Masernfälle gemeldet worden. Es liege daher eine erhebliche Gefahr für die öffentliche Gesundheit vor, der mit weiterführenden Maßnahmen zur Steigerung der Impfquote begegnet werden müsse.

Ziel des Masernschutzgesetzes sei es, den individuellen Schutz insbesondere von vulnerablen Personengruppen zu verbessern und einen ausreichenden Gemeinschaftsschutz vor Maserninfektionen zu erreichen. Der Fokus des Gesetzes liege insbesondere auf Personen, die regelmäßig in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen mit anderen Personen in Kontakt kämen. Von einem Gemeinschaftsschutz würden vor allem jene Menschen profitieren, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung nicht geimpft werden könnten. Durch eine deutliche Steigerung der Impfquoten könne mittelfristig die Ausrottung der Masern in Deutschland und das von der WHO vorgegebene globale Ziel der Maserneliminierung erreicht werden. Um dieses Ziel zu erreichen, will die Bundesregierung nachfolgende Maßnahmen umsetzen:

1. Personen in bestimmten Einrichtungen sollen künftig entweder einen ausreichenden Impfschutz oder eine Immunisierung gegen Masern aufweisen. Die Durchführung der Schutzimpfung soll jedoch grundsätzlich und insbesondere im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge nach der „Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge“ freiwillig bleiben und nicht durch unmittelbaren Zwang durchgesetzt werden. Der Impfstatus soll durch die Vorlage des Untersuchungsheftes für Kinder nachgewiesen werden können. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Leitungen von Einrichtungen nur im Rahmen ihrer fachlichen Kapazitäten an der Durchsetzung einer entsprechenden Impfpflicht beteiligt werden können.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

2. Zusätzlich erhält die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die gesetzliche Aufgabe, die Bevölkerung regelmäßig und umfassend über das Thema „Impfen“ zu informieren.
3. Die Impfdokumentation soll in schriftlicher oder elektronischer Form erfolgen können.
4. Jeder Arzt soll in die Lage versetzt werden, nachgewiesene frühere Schutzimpfungen in einen Impfausweis nachzutragen.
5. Es soll gesetzlich klargestellt werden, dass jede Ärztin und jeder Arzt Schutzimpfungen durchführen darf, unabhängig von den Grenzen der Ausübung ihrer fachärztlichen Tätigkeit.
6. Ergänzend sollen künftig die Krankenkassen ihre Versicherten über fällige Schutzimpfungen informieren können.
7. Schließlich werden beim RKI eine Mortalitäts- und eine Impfsurveillance vorgesehen.

Der **Bundesrat** hat in seiner 980. Sitzung am 20. September 2019 gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus Anlage 3 der Drucksache 19/13452 ersichtlich Stellung zu nehmen. Die Gegenäußerung der **Bundesregierung** zu der Stellungnahme des Bundesrates liegt auf Drucksache 19/13826 vor.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller konstatieren, die Entdeckung der Immunität sei einer der wesentlichen Grundpfeiler zum Schutz gegen Infektionskrankheiten und die Prävention durch Impfungen der beste Weg, Infektionskrankheiten, wie Masern und Röteln, zu eliminieren. Eine Infektionskrankheit gelte als ausgelöscht, wenn eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung über einen Zeitraum von mindestens 36 Monaten in einem regional begrenzten Bereich nicht mehr nachgewiesen werden könne. Für dieses Ziel sei eine Durchimpfquote von wenigstens 95 Prozent erforderlich. Daher sei eine gute Impfquote ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel. Nur durch ein breit gefächertes Maßnahmenbündel, welches das bestehende Impfsystem insgesamt verbessert, könnten bestehende Impflücken bei Masern wie bei anderen impfpräventablen Krankheiten geschlossen werden.

Die Antragsteller fordern einen Gesetzesentwurf, durch den im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel folgende Maßnahmen umgesetzt werden:

1. Einführung eines flächendeckenden, digitalen Impfausweises, womit jede Bürgerin und jeder Bürger sowie Eltern für ihre Kinder jederzeit und von überall ihren persönlichen Impfstatus abrufen können, der automatisch an notwendige Impfungen auf Basis der aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim RKI erinnert und zugleich Informationen der BZgA zu Infektionskrankheiten und deren Gesundheitsgefahren sowie zu Impfungen einschließlich deren Nutzen und tatsächliche Risiken, verständlich vermittelt.
2. Niedrigschwelligere Ausgestaltung der Impfangebote, sodass alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland impfen und diese auch zu Lasten der GKV abrechnen dürfen.
3. Förderung der Implementierung eines professionellen Impfmanagements in Arztpraxen, so dass das gesamte Praxisteam für Impffragen geschult ist und klare Abläufe für die Impfberatung und -dokumentation bestehen.
4. Durchführung von Modellprojekten, in deren Rahmen Angehörige von Heilberufen mit staatlich geregelter Heilberufeausbildung nach einer Fortbildung ebenfalls sogenannte Totimpfstoffe impfen dürfen.
5. Einrichtung eines digitalen Impfregisters beim RKI, in dem pseudonymisierte Primärdaten über alle Impfungen der Geimpften erfasst werden, um Daten über Impfquoten zeitnah und umfassend bereitstellen zu können. Das RKI soll für diese Aufgabe entsprechend personell und sachlich ausgestattet werden.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller stellen fest, dass Masern eine immer noch unterschätzte Infektionskrankheit seien, die in schweren Fällen zu erheblichen bleibenden Schäden oder gar zum Tode führten. Stabil hohe Impfquoten bei Kindern und Erwachsenen seien daher ein zentrales Instrument, um alle Menschen gleichermaßen zu schützen. Auf diese Solidarität seien besonders jene Menschen angewiesen, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden könnten. Das gelte insbesondere für Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und in bestimmten Gesundheitseinrichtungen. Es sei daher angemessen, wenn zum Schutz dieser vulnerablen Gruppen für andere Kinder und das

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Personal eine Impfung Zugangsvoraussetzung sei. Die Impfquoten für Kinder stiegen bei der ersten empfohlenen Masernimpfung seit Jahren an und lägen mit knapp 97 Prozent oberhalb der von der WHO empfohlenen Durchimpfungsrate von 95 Prozent. Die Quoten der zweiten Impfung betrügen aber nur noch knapp 93 Prozent. Diese Impflücke müsse durch entsprechende Maßnahmen geschlossen werden. Bei Erwachsenen zwischen 20 und 50 Jahren sei Impfquote unzureichend.

Die Antragsteller fordern daher

1. einen Gesetzentwurf, der einen regelmäßig beworbenen und leichteren Zugang der Bevölkerung zu Impfungen sicherstellt und Defizite insbesondere in der haus- und kinderärztlichen Versorgung abbaut. Für sämtliche empfohlene Schutzimpfungen soll ein Einladungswesen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzten etabliert werden. Zudem sollen geregelt werden, dass bei der Aufnahme in eine Kindereinrichtung der Impfstatus durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst oder durch niedergelassene Ärztinnen oder Ärzte geprüft wird, gegebenenfalls beraten und bei unvollständigem Impfschutz, insbesondere bei Fehlen der zweiten Masernimpfung, die fehlende Masernimpfung als Voraussetzung für den Besuch der Kita nachgeholt werden muss. Weiter soll gesetzlich geregelt werden, dass das in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung, Schulen, Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen und weiteren Einrichtungen mit durch Infektionskrankheiten besonders gefährdeten Personen arbeitende Personal schnell wie möglich einen ausreichenden Impfschutz nachweisen muss. Die Ärzteschaft soll unabhängig von der Fachgebietszulassung notwendige Impfungen durchführen und mit der GKV abrechnen können. Die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH soll verpflichtet werden, einen digitalen Impfpass zum 1. Januar 2021 als Teil der elektronischen Patientenakte einzuführen und den Versicherten mobile Anwendungen (Apps) zur Verfügung zu stellen, durch die sie an fällige Schutzimpfungen erinnert werden können.
2. zum 1. Januar 2020 einen Bericht der Bundesregierung über die erzielten Ergebnisse des „Nationalen Aktionsplans 2015 – 2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“.
3. bundesweit einheitliche und koordinierte Impfempfehlungen entsprechend der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut hinzuwirken und dem Parlament bis zum 30. Juni 2020 zu berichten.
4. im Entwurf für den Bundeshaushalt 2020 Mittel vorzusehen, um zielgerichtete Impfaktionen in Regionen und für Bevölkerungsgruppen mit niedriger Impfquote insbesondere bei Masern zu unterstützen.
5. bis 31. Dezember 2020 eine Strategie der Bundesregierung zur nachhaltigen finanziellen, strukturellen und personellen Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jungend** hat in seiner 40. Sitzung am 13. November 2019 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/13452, 19/13826 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat sich im Rahmen seines Auftrags zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bundesregierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie gemäß Einsetzungsantrag (Drucksache 19/1837) in seiner 29. Sitzung am 25. September 2019 mit dem Gesetzentwurf auf Drucksache 19/13452 befasst und ist dabei zu dem Ergebnis gekommen, dass die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung plausibel und eine Prüfbitte nicht erforderlich sei (Ausschussdrucksache 19(26)40-15).

Zu Buchstabe b

Keine mitberatenden Ausschüsse.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe c

Der **Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 71. Sitzung am 13. November 2019 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/9960 abzulehnen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 49. Sitzung am 13. November 2019 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksachen 19/9960 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jungend** hat in seiner 40. Sitzung am 13. November 2019 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/9960 abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat in seiner 58. Sitzung am 25. September 2019 beschlossen, zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/13452, 19/13826 vorbehaltlich der Überweisung der Vorlage durch das Plenum eine öffentliche Anhörung durchzuführen. In seiner 62. Sitzung am 16. Oktober 2019 hat er zudem beschlossen, die Vorlagen auf den Drucksachen 19/14061 und 19/9960 in die öffentliche Anhörung einzubeziehen.

In seiner 68. Sitzung am 23. Oktober 2019 hat der Ausschuss die Beratungen zu den drei Vorlagen aufgenommen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 68. Sitzung am 23. Oktober 2019 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD), Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. (DGAUM), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutscher Ethikrat, GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO), Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) und Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Prof. Dr. Cornelia Betsch (Universität Erfurt), Dr. Christiane Eckert-Lill (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.), Prof. Dr. Helmut Fickenscher (Institut für Infektionsmedizin, Christian-Albrechts-Universität) und Prof. Dr. Nils Schaks (Universität Mannheim). Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

In seiner 70. Sitzung am 13. November 2019 hat der Ausschuss für Gesundheit seine Beratungen abgeschlossen.

Beratungsergebnisse

Als Ergebnis empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf **Drucksache 19/13452, 19/13826** in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Weiter empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Antrag auf **Drucksache 19/14061** abzulehnen.

Weiter empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Antrag auf **Drucksache 19/9960** abzulehnen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Änderungsanträge

Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD mit folgendem Inhalt beschlossen (Ausschussdrucksache 19(14)111.3):

1. Mit dem Entwurf des Masernschutzgesetzes wird die Leitung einer Einrichtung in § 2 Nummer 15 IfSG-E als die Person definiert, die von dem Träger der Einrichtung mit den Leitungsaufgaben beauftragt ist. Da in einzelnen Ländern die Leitung der Einrichtung nicht von dem Träger der Einrichtung bestimmt wird, bildet die Definition diesen Fall bislang nicht ab. Die Definition wird daher angepasst.

2. Die bisherige Regelung zur Bundesstatistik zum öffentlichen Gesundheitsdienst wird auf Vorschlag des Bundesrates gestrichen. Es sollen zunächst die Ergebnisse der auf Ebene der Gesundheitsministerkonferenz eingerichteten Arbeitsgruppe „Grundsatzfragen des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ zur statistischen Erfassung der Personalausstattung im öffentlichen Gesundheitsdienst abgewartet werden. Im Rahmen der Amtshilfe soll das RKI befugt sein, die Länder zu unterstützen und personenbezogene Daten zu verarbeiten. Letzteres gilt für die Zusammenarbeit mit ausländischen Stellen und internationalen Organisationen.

3. Die Arztmeldepflicht für Meningoenzephalitis durch Bornaviren wird gestrichen, da bereits eine entsprechende Labormeldepflicht eingeführt wird. Eine Meldepflicht für den Nachweis von MERS-CoV versetzt den ÖGD in die Lage, frühzeitig Maßnahmen zu ergreifen, um notwendige Infektionsschutzmaßnahmen zur Verhinderung der weiteren Übertragung des Erregers u. a. in medizinischen Einrichtungen einzuleiten und Kontaktpersonennachverfolgungen durchzuführen. Die Einführung der Meldepflicht für invasive Pneumokokkeninfektionen (IPD) ist erforderlich, da nur mit diesen Daten die Krankheitslast der IPD in Deutschland und Evaluation des entsprechenden Impfprogrammes gegen Pneumokokken in ausreichender Qualität und Vollständigkeit vorgenommen werden kann. Die vorgesehene Meldepflicht für Nicht-Cholera-Vibrionen ergibt sich aus der steigenden Häufigkeit von sehr warmen Wetterperioden im Sommer mit entsprechenden Auswirkungen auf die Küstengewässer sowie dem steigenden Anteil der Risikogruppen in der Bevölkerung – und somit aus der Kombination von Klima- und demographischem Wandel. Schließlich stellen antibiotikaresistente Gonokokkenstämme ein immer größer werdendes Problem für die öffentliche Gesundheit dar. Mit Auslaufen des Projekts „GORENET“ am RKI ist die vorgesehene Meldepflicht essentiell, um weiterhin Daten über die entsprechenden Fallzahlen zu erhalten.

4. Bisher verweist § 9 Absatz 1 Buchstabe f IfSG zu den zu übermittelnden Angaben auf § 23 Absatz 5 IfSG, damit sind beispielsweise Tätige in Arztpraxen, die an einer meldepflichtigen Erkrankung leiden, teilweise nicht erfasst. Künftig soll daher auf § 23 Absatz 3 Satz 1 IfSG verwiesen werden, um bei der Meldung auch erkennen zu können, ob z. B. ein Arzt, der in einer Praxis tätig ist, an einer meldepflichtigen Krankheit erkrankt ist. Durch Ergänzungen des § 13 Absatz 3 IfSG soll eine Befugnis (ohne Rechtspflicht) derart geschaffen werden, dass an bestimmte Einrichtungen der Spezialdiagnostik Untersuchungsmaterial und Isolate von Krankheitserregern abgeliefert werden können und das bereits gängige Verfahren damit eine rechtliche Grundlage erhält. Des Weiteren wird in § 13 Absatz 4 IfSG klargestellt, dass für Zwecke der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten Falldaten zur Verbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen und über die entsprechenden Therapie- und Bekämpfungsmaßnahmen in pseudonymisierter Form u. a. an das RKI übermittelt werden dürfen. Auf Wunsch der Länder sollen die Daten zur Mortalitätssurveillance über die zuständigen Landesbehörden an das RKI übermittelt werden. Die entsprechende Regelung soll erst am 1. November 2021 in Kraft treten.

5. Zur Steigerung der Impfquoten soll vorhandene Evidenz bei Aufklärungsmaßnahmen durch die BZgA berücksichtigt werden, um mit zielgruppenspezifischen Informationen insbesondere ungeimpfte Personen zu erreichen. Zur Masernimpfpflicht in § 20 Absatz 8 ff. IfSG wird der bislang gleitende Verweis auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim RKI zur Erhöhung der Rechtssicherheit und Regelungstransparenz mit Anpassungen in den gesetzlichen Wortlaut übersetzt, wobei insbesondere auf Fragen des praktischen Vollzugs Rücksicht genommen wird (z.B. 1. Impfung bis zum vollendeten ersten Lebensjahr, 2. Impfung bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr). Des Weiteren wird neben der Nachweisführung durch eine Impfdokumentation oder ein ärztliches Zeugnis auch eine Bestätigung darüber für ausreichend erklärt, dass ein solcher Nachweis bereits einer staatlichen Stelle oder der Leitung einer anderen Einrichtung vorlag. Durch diese Möglichkeit sollen die Leitungen von Einrichtungen entlastet werden, wenn bereits eine staatliche Stelle oder eine andere Einrichtung, in der die betroffene Person vorher betreut wurde oder tätig war,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

den Nachweis kontrolliert hat. Bislang sieht § 20 Absatz 9 Satz 6 IfSG-E vor, dass das Gesundheitsamt benachrichtigt wird, wenn sich aus dem vorgelegten Nachweis ergibt, dass der Masernimpfschutz noch vervollständigt werden muss. Eine Benachrichtigung des Gesundheitsamtes ist in bestimmten Fällen auch erforderlich, wenn ein Nachweis überhaupt nicht vorgelegt wurde, um weiter tätig werden zu können. Auch die Stellen, die außer den Leitungen der Einrichtungen Nachweisprüfungen vornehmen, müssen gegenüber den Gesundheitsämtern benachrichtigungspflichtig sein. Eine Benachrichtigung soll entbehrlich sein, wenn das Gesundheitsamt bereits informiert wurde. Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle kann nur noch für den Fall eines vom Paul-Ehrlich-Institut bekannt gemachten Lieferengpasses von Impfstoffen mit einer Masernkomponente allgemeine Ausnahmen zulassen. Schließlich verweist der Entwurf des Masernschutzgesetzes in § 20 Absatz 12 Satz 3 IfSG-E bislang bezüglich möglicher Betreuungs- und Tätigkeitsverbote auf § 34 Absatz 1 Satz 1 und 2 IfSG. Da § 34 IfSG auf einen Kontakt zu Betreuten abstellt (die Masernimpfpflicht aber nicht, auch Reinigungspersonal soll beispielsweise erfasst sein) und er nur Gemeinschaftseinrichtungen betrifft (die Masernimpfpflicht aber auch Tätige in Gesundheitseinrichtungen betrifft) ist der Verweis missverständlich und es werden entsprechende Verbote direkt in § 20 Absatz 12 IfSG ohne Verweis geregelt.

6. § 24 IfSG legt fest, dass die Behandlung von Personen, die an einer der in § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummern 1, 2 und 5 oder § 34 Absatz 1 IfSG genannten übertragbaren Krankheiten oder an sexuell übertragbaren Krankheiten erkrankt oder dessen verdächtig sind oder die mit einem Krankheitserreger nach § 7 IfSG infiziert sind, nur Ärzten gestattet ist. Als Behandlung in diesem Sinne gilt bislang auch der direkte und indirekte Nachweis eines Krankheitserregers für die Feststellung einer Infektion oder übertragbaren Krankheit (Arztvorbehalt). Die Vorschrift wird in dem Sinne umformuliert, dass erst das endgültige Erstellen einer Diagnose Ärzten vorbehalten bleibt, die Anwendung von In-vitro-Diagnostika, die für patientennahe Schnelltests bei Testung auf HIV, Hepatitis C-Virus und Treponema pallidum verwendet werden, jedoch keinen Arztkontakt erfordert. Auf diese Weise wird insbesondere die Arbeit der Beratungs- und Testeinrichtungen für besonders gefährdete Personengruppen erleichtert, die entsprechende Tests ohne die Anwesenheit eines Arztes durchführen können. Als Folge wird auch die MPAV angepasst, nach der in Beratungs- und Testeinrichtungen für besonders gefährdete Personengruppen solche Tests nicht mehr unter ärztlicher Aufsicht angeboten werden müssen.

7. Im Rahmen des Masernschutzgesetzes wurde § 33 IfSG in zwei Sätze aufgespalten. Da somit Verweise an anderer Stelle nicht mehr stimmen, wird eine redaktionelle Änderung vorgenommen. Durch die Neuaufnahme der erlaubnispflichtigen Kindertagespflege in den Begriff der Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 2 IfSG-E unterlägen diese der infektionshygienischen Überwachung gemäß § 36 Absatz 1 Satz 1 IfSG. Auf Vorschlag der Länder soll eine entsprechende Überwachung als sog. Kann-Überwachung entsprechend § 36 Absatz 2 IfSG ausgestaltet werden.

8. Die Länder erhalten die Möglichkeit, die Belehrung nach § 43 Absatz 1 IfSG in einem vollständig digitalisierten Verfahren durchzuführen.

9. Wer durch eine fehlende Schutzimpfung Verboten in der Ausübung seiner bisherigen Erwerbstätigkeit unterliegt oder unterworfen wird kann eine Entschädigung nicht beanspruchen, wenn eine Schutzimpfung gesetzlich vorgeschrieben oder öffentlich empfohlen war.

10. Die Krankenkassen werden verpflichtet, Versicherten, die Leistungen zur Vermeidung oder Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V wahrnehmen, Boni anzubieten. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Schutzimpfungen nach § 20i SGB V.

11. Es wird klargestellt, dass unter Gemeinschaften derjenigen Leistungserbringer, die Schutzimpfungen durchführen und dazu nach § 132e SGB V Verträge mit den Krankenkassen abschließen können, auch Vereinigungen zur Unterstützung von Mitgliedern fallen können. § 132e Absatz 1 Satz 3 SGB V sieht seit dem Inkrafttreten des TSVG vor, dass in den Verträgen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst auch Regelungen zur vereinfachten Umsetzung der Durchführung von Schutzimpfungen, insbesondere durch die pauschale Bereitstellung von Impfstoffen und vereinfachte Erstattung der Kosten vorzusehen sind. Nach der Gesetzesbegründung wird hier ausdrücklich auf bereits bestehende ähnliche Regelungen zum Sprechstundenbedarf Bezug genommen. Diese Regelungen, soweit sie auf Betriebsärzte und sonstige Ärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sollen auch auf die Verträge dieser Ärzte erstreckt werden. Außer-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

dem wird eine Klarstellung aufgenommen, dass auch die Leistungen im Rahmen der Versorgung mit Schutzimpfungen und der Versorgung durch Betriebsärzte (§§ 132e und 132f) direkt mit den Krankenkassen abzurechnen sind und das Nähere zu den Datenübermittlungen vom Spitzenverband Bund geregelt wird.

12. Zur Erhöhung der Impfquote bei Grippeschutzimpfungen in Deutschland durch einen weiteren optionalen niedrigschwelligen Zugang werden regionale Modellvorhaben zur Durchführung von Grippeschutzimpfungen in Apotheken in ausgewählten Regionen ermöglicht.

13. Leistungen einschließlich Laborleistungen zur vertraulichen Spurensicherung bei Misshandlungen und sexualisierter Gewalt sollen zukünftig von der GKV übernommen werden. Die Versorgung und Vergütung soll in regionalen Verträgen geregelt werden. Bei der Abrechnung der Leistungen soll zudem die Anonymität gewährleistet sein.

14. Über das bereits bestehende Verbot der Werbung für operative plastisch-chirurgische Eingriffe mit vergleichenden Darstellungen des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach dem Eingriff hinaus soll zum besonderen Schutz von Kindern und Jugendlichen ein Werbeverbot für operative plastisch-chirurgische Eingriffe ohne medizinische Notwendigkeit eingeführt werden.

15. Es wird des Weiteren eine Regelung aufgenommen, mit der die wiederholte Abgabe eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels auf dieselbe Verschreibung ermöglicht wird.

Die diesen Änderungen zu Grunde liegenden Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 19(14)111.3 wurden wie folgt abgestimmt:

Die **Änderungsanträge Nummer 2 bis 4, 10 und 11 sowie 15 auf Ausschussdrucksache 19(14)111.3** wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Die **Änderungsanträge Nummer 5 und 12 auf Ausschussdrucksache 19(14)111.3** wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktionen FDP und DIE LINKE. angenommen.

Die **Änderungsanträge 1, 6 bis 9 sowie 13 und 14 auf Ausschussdrucksache 19(14)111.3** wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Ferner haben dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)111.4neu vier Änderungsanträge der Fraktion der FDP mit folgendem Inhalt vorgelegen:

<u>Änderungsantrag 1</u>

Zu Artikel 1 Nummer 8a – neu (§ 20 Absatz 5 des Infektionsschutzgesetzes)

In Artikel 1 wird nach Nummer 8 folgende Nummer 8a eingefügt:

‚8a. Dem § 20 Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Die Landesregierungen leiten den Landesparlamenten jährlich einen Bericht über die getroffenen Maßnahmen nach Satz 1 zu.“‘

Begründung:

Nach § 20 Absatz 5 können die obersten Landesgesundheitsbehörden bestimmen, dass die Gesundheitsämter unentgeltlich Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe gegen bestimmte übertragbare Krankheiten durchführen. Dies kann auch in Kindertagesstätten und Schulen erfolgen.

Mit der Änderung soll gewährleistet werden, dass die Landesparlamente jährlich über Maßnahmen zur Impfprävention nach § 20 Absatz 5 Satz 1 durch die jeweilige Landesregierung informiert werden.

<u>Änderungsantrag 2</u>

Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e (§ 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 des Infektionsschutzgesetzes)

In Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe e wird § 20 wie folgt geändert:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

1. In Absatz 8 Satz 3 werden nach den Wörtern „auf Grund einer“ die Wörter „wissenschaftlich anerkannten“ eingefügt.

2. In Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 werden nach den Wörtern „auf Grund einer“ die Wörter „wissenschaftlich anerkannten“ eingefügt.

Begründung:

Zu Nummer 1 und 2

Durch die Änderungen in Absatz 8 Satz 3 und Absatz 9 Satz 1 wird klargestellt, dass es sich um medizinische Kontraindikationen handeln muss, die wissenschaftlich anerkannt sind. Ohne diese Klarstellung ist die Möglichkeit gegeben, dass ärztlich auf Grund von Kontraindikationen ein entsprechendes Zeugnis ausgestellt wird, die keine wissenschaftliche Tragfähigkeit aufweisen. Hierbei können die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut zu Kontraindikationen und falschen Kontraindikationen in der Praxis eine wichtige Orientierung geben, ohne gesetzgeberisch eine abschließende Aufzählung der in Frage stehenden Kontraindikationen zu vermitteln.

Änderungsantrag 3

Zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe a (§ 23 des Infektionsschutzgesetzes)

In Artikel 1 wird Nummer 10 Buchstabe a wie folgt gefasst:

‚a) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 10 wird das Wort „und“ am Ende gestrichen.

bb) In Nummer 11 werden der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummern angefügt:

„12. Apotheken und

13. Rettungsdienste.“‘

Begründung:

In der Aufzählung der Einrichtungen, deren Leiter sicherzustellen haben, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden, werden die Apotheken hinzugefügt. Die Änderung hat weiter zur Folge, dass die Regelungen des neuen § 20 Absatz 8 und 9 auch für Personen gelten, die in Apotheken tätig sind.

Änderungsantrag 4

Zu Artikel 2 Nummer 5a – neu (§ 132j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

In Artikel 2 wird nach Nummer 5 folgende Nummer 5a eingefügt:

‚5a. Nach § 132i wird folgender § 132j eingefügt:

„§ 132j

Regionale Modellvorhaben zur Durchführung von Grippeschutzimpfungen in Apotheken

(1) Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände können mit Gruppen von mindestens fünfzig Apotheken oder den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Apotheker auf Landesebene im Einvernehmen mit den Apothekerkammern der Länder Verträge über die Durchführung von Modellvorhaben in ausgewählten Regionen zur Durchführung von Grippeschutzimpfungen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, in Apotheken mit dem Ziel der Verbesserung der Impfquote vereinbaren. In den Verträgen nach Satz 1 sind insbesondere die Voraussetzungen für die Durchführung von Grippeschutzimpfungen in Apotheken sowie deren Durchführung, Vergütung und Abrechnung zu regeln. § 63 Absatz 3, Absatz 3a und Absatz 5 Satz 3 und 4 findet entsprechende Anwendung.

(2) Im Rahmen von Modellvorhaben nach Absatz 1 Satz 1 dürfen Apothekerinnen und Apotheker Grippeschutzimpfungen nach Aufklärung und Einwilligung durchführen, soweit das Berufsrecht dem nicht entgegensteht, sie

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

entsprechend geschult sind und in den Apotheken geeignete Räumlichkeiten mit der für die Durchführung der Impfung erforderlichen Ausstattung vorhanden sind. Für die Aufklärung und Einwilligung gelten die §§ 630d und 630e des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend. Die Schulung soll unter ärztlicher Leitung erfolgen und hat insbesondere zu umfassen:

1. Kenntnisse und Fähigkeiten zur Durchführung von Grippeschutzimpfungen,

2. Kenntnisse von Kontraindikationen und Fähigkeiten zu deren Beachtung,

3. Kenntnisse und Fähigkeiten zur Durchführung von Notfallmaßnahmen bei eventuellen akuten Impfreaktionen.

Über die Schulung schließen die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 gemeinsam

ergänzende Verträge mit den Apothekerkammern der Länder oder anderen Anbietern der Schulung im Einvernehmen mit den Apothekerkammern der Länder.

(3) Vor Abschluss der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 4

sind hierzu Stellungnahmen des Robert Koch-Instituts und des Paul-Ehrlich-Instituts

einzuholen; die Stellungnahmen sind zu berücksichtigen.

(4) Auf die Impfstoffe, die im Rahmen von Modellvorhaben nach Absatz 1 Satz 1 angewendet werden, finden die Vorschriften des § 84 des Arzneimittelgesetzes zur Gefährdungshaftung Anwendung.

(5) Die Modellvorhaben nach Absatz 1 Satz 1 sind im Regelfall auf längstens fünf Jahre zu befristen und nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten.

(6) Die Verträge nach Absatz 1 Satz 1 sind der für die Krankenkasse oder den Landesverband zuständigen Aufsichtsbehörde und der für die Überwachung der Apotheken zuständigen Behörde vorzulegen.“‘

Begründung:

Mit den regionalen Modellvorhaben zur Durchführung von Grippeschutzimpfungen in Apotheken soll zur Erhöhung der Impfquoten bei Grippeschutzimpfungen in Deutschland ein weiterer niedrigschwelliger Zugang für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ermöglicht werden.

Der neue § 132j gibt den Krankenkassen oder deren Landesverbände die Möglichkeit mit Gruppen von mindestens fünfzig Apotheken oder den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Apotheker auf Landesebene im Einvernehmen mit den Apothekerkammern der Länder entsprechende Vorhaben zu vereinbaren. Die Beschränkung der Teilnehmerzahl auf eine Gruppe von mindestens fünfzig Apotheken soll sicherstellen, dass für die nach Absatz 5 verpflichtende wissenschaftliche Begleitung und Auswertung nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards eine ausreichende Datengrundlage zur Evaluation der regionalen Modellvorhaben besteht.

In den maßgeblichen Verträgen über die Modellvorhaben müssen dabei zur Gewährleistung des Gesundheitsschutzes der impfwilligen und einwilligungsfähigen Personen die Voraussetzung für die Durchführung von Grippeschutzimpfungen in Apotheken einschließlich deren Vergütung und Abrechnung geregelt werden. Die Verträge können darüber hinaus Regelungen zur ausreichenden Haftpflichtversicherung und der Gewährleistung des Datenschutzes enthalten, der sich im Übrigen aus der unmittelbar geltenden Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (Verordnung (EU) 2016/679) ergibt. Durch die Bezugnahme in Absatz 1 Satz 3 auf die Regelungen des § 63 Absatz 3, 3a und 5 Satz 3 und 4 gelten die dort geregelten sozialdatenschutzrechtlichen Vorgaben (unter anderem Abweichungsmöglichkeit von den Vorgaben des Zehnten Kapitels dieses Buches im erforderlichen Umfang mit Einwilligung der Versicherten sowie Information der Datenschutzaufsichtsbehörden) auch für die Modellvorhaben zur Durchführung von Grippeschutzimpfungen in Apotheken. Für die Dokumentation sind die Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes (IfSG), insbesondere des § 22 IfSG zu beachten.

Absatz 2 erlaubt es den Apothekerinnen und Apotheker Grippeschutzimpfungen nach Aufklärung und Einwilligung durchzuführen, soweit das Berufsrecht der jeweiligen Landesapothekerkammer dem nicht entgegensteht, sie entsprechend geschult sind und in den Apotheken geeignete Räumlichkeiten mit der für die Durchführung der Impfung erforderlichen Ausstattung vorhanden sind.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die zur Durchführung von Grippeschutzimpfungen in Apotheken vorausgesetzte medizinische Schulung zur Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten zur Durchführung von Grippeschutzimpfungen, Kenntnissen von Kontraindikationen und Fähigkeiten zu deren Beachtung sowie Kenntnissen und Fähigkeiten zur Durchführung von Notfallmaßnahmen bei eventuellen akuten Impfreaktionen soll unter ärztlicher Leitung erfolgen. In jedem Fall ist sicherzustellen, dass die Vermittlung der entsprechenden Kenntnisse und Fähigkeiten durch Personen erfolgt, die die notwenigen theoretischen Kenntnisse und praktischen Erfahrungen zur Durchführung von Grippeschutzimpfungen besitzen. Näheres zur Schulung ist zwischen den Beteiligten in gemeinsamen Verträgen der Vertragspartner des Modellvorhabens mit der jeweilig örtlich zuständigen Landesapothekerkammer als Anbieter der Schulung oder anderen Anbietern der Schulung im Einvernehmen mit der zuständigen Landesapothekerkammern zu regeln.

Die nach Absatz 3 vorgesehene Beteiligung des Robert Koch-Instituts und des Paul-Ehrlich-Instituts vor Abschluss der Vereinbarungen soll eine sachgerechte Festlegung der Rahmenbedingungen für die Impfung in Apotheken sicherstellen. Der niedrigschwellige Zugang zu Grippeschutzimpfungen in Apotheken und die damit angestrebte Verbesserung der Impfquote bei Grippeschutzimpfungen erfordern auch eine unmittelbare Durchführung der Impfung ohne vorherigen Arztbesuch. Die Regelungen zur Verschreibungspflicht finden keine Anwendung, weil es sich um eine unmittelbare Anwendung der Impfstoffe und nicht um eine Abgabe handelt.

Die in Absatz 6 geregelte Vorlagepflicht bei den zuständigen Aufsichtsbehörden stellt sicher, dass diese über Modellvorhaben informiert sind.

Diese **vier Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 19(14)111.4neu** wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. abgelehnt.

Petitionen

Dem Ausschuss für Gesundheit hat zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/13452, 19/13826 und den Anträgen auf den Drucksachen 19/14061 und 19/9960 eine Petition vorgelegen, zu der der Petitionsausschuss eine Stellungnahme gemäß § 109 Absatz GO-BT angefordert hatte. Die Petition wurde in die Beratungen des Ausschusses einbezogen und der Petitionsausschuss entsprechend informiert.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der CDU/CSU** erklärte, mit der Einführung der Masernimpfpflicht wolle man deren Aus- und Weiterverbreitung verringern und die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission STIKO stärker in den Mittelpunkt rücken. Im Bundesdurchschnitt liege die Zweitimpfquote bei Masern bei Vollendung des zweiten Lebensalters bei 73,9 Prozent und es seien schätzungsweise 85 Prozent der untersuchten Erwachsenen gegen Masern immun. Das verdeutliche die Lücke und zeige, dass die mit dem Präventionsgesetz eingeführte Beratungspflicht nicht erfolgreich genug gewesen sei. Deshalb werde die Beratungspflicht durch eine Nachweispflicht eines ausreichenden Impfschutzes oder einer Immunität ersetzt, wenn man in Gemeinschaftseinrichtungen betreut werde. Zudem werde diese Nachweispflicht auf alle Personen erweitert, die in Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten wollten. Die Impfung sei aber nach wie vor freiwillig. Dementsprechend habe die gesetzliche Schulpflicht und die gesetzliche Unterbringungspflicht Vorrang. Künftig könne jeder Arzt – und damit auch jeder Betriebsarzt – Schutzimpfungen durchführen und mit der Kasse abrechnen und Krankenkassen könnten an fällige Impfungen erinnern. Im Infektionsschutzgesetz würden die rechtlichen Voraussetzungen der elektronischen Impfdokumentation in der elektronischen Patientenakte geschaffen. Als begleitende Maßnahmen werde die BZgA Informationskampagnen starten und ihre Internet-Präsenz ausbauen und das RKI die bisherige Impfsurveillance weiterentwickeln. Es bestünden mit Blick auf die Prüfung der Verfassungsressorts sowie die Erörterung in der Anhörung keine durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken hinsichtlich der Impfnachweispflicht und deren Verhältnismäßigkeit. Fakt sei, dass auf 1 000 Masernerkrankungen ein bis drei Todesfälle kämen, während schwere Impfkomplikation eine Rarität darstellten. Die FDP-Änderungsanträge seien teilweise problematisch, da sie die Länderkompetenzen und die Subsidiarität berührten. Dagegen seien Anregungen aus den Anträgen der FDP und der Grünen in den Gesetzentwurf eingeflossen. Auf die Recall-Systeme werde man im Zusammenhang mit der Revision des Präventionsgesetzes und der elektronischen Patientenakte zurückkommen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die **Fraktion der SPD** Fraktion begrüßte den wichtigen Gesetzentwurf zur Masernimpfpflicht, da künftig jede Person einen ausreichenden Impfschutz oder eine Immunität nachweisen müsse, wenn sie in Gemeinschaftseinrichtungen arbeite oder betreut werde. Die Impfquote der Zweitimpfung liege weit unter 95 Prozent und müsse geschlossen werden. Das sei zwar ein Eingriff in die persönliche Freiheit, der aber in Anbetracht des gesellschaftlichen Nutzens gerechtfertigt sei. Die Impfpflicht sei eine adäquate Maßnahme, um vor allem jene zu schützen, die aufgrund des Alters oder einer Erkrankung nicht geimpft werden könnten. Dazu werde es begleitende Maßnahmen geben, die ebenfalls die Impfbereitschaft steigern sollten. Die Fraktion wies darauf hin, dass bei einer Erstimpfungsquote von 97 Prozent die Zahl der Impfgegner nicht sehr groß sein könne und die Impflücke eher durch Nachlässigkeit und Vergesslichkeit begründet sei. Da künftig beim Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung ein Impfnachweis erforderlich sei, werde der Zweitimpfung mehr Beachtung geschenkt. Eine weitere wichtige Maßnahme sei, dass künftig alle Arztgruppen und auch Betriebsärzte ohne Kassenzulassung impfen dürften. Dem öffentlichen Gesundheitsdienst komme eine große Bedeutung zu. Deshalb sei es auch richtig, dass er künftig mit den Krankenkassen Versorgungsverträge schließen könne, um impfen zu können. Durch die Übermittlung von Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Inanspruchnahme von Schutzimpfungen an die beim Robert Koch-Institut verortete Impfsurveillance würden valide Daten zu den Impfungen und den Impfquoten erhoben. Man zeigte sich davon überzeugt, dass durch die Modellvorhaben, die den Apothekern das Impfen erlaubten, die Impfzahlen steigen würden, weil in der Apotheke der Zugang niedrigschwelliger sei und eine andere Klientel erreicht werde. Schließlich sei es über Änderungsanträge gelungen, bei sexualisierter Gewalt und bei Misshandlungen die Vergütung der Spurensicherung durch die GKV abzusichern sowie ein Werbeverbot für plastisch-chirurgischen Eingriffe bei Jugendlichen gesetzlich zu verankern.

Die **Fraktion der AfD** stellt fest, dass 97 Prozent der Kinder eine Masernimpfung ohne Zwang erhielten. Das Problem stelle eher die Masernimpfquote bei den Erwachsenen dar, die erheblich niedriger liege. Um die Immunität der Bevölkerung zu optimieren, müsse man die Organisation der Impfungen und die Kontrolle des Impfstatus verbessern. Dafür fehlten jedoch im Gesetzentwurf ausreichende Ansätze. Bezüglich des Antrages der FDP wolle man keine Vermischung von Arzt- und Apothekeraufgaben. Auch eine Impfung durch Hebammen halte man nicht für sinnvoll, da laut STIKO-Empfehlung eine Impfung erst nach sechs Wochen möglich sei und zu diesem Zeitpunkt kein Kontakt mehr zur Hebamme bestehen dürfte. Die Regelungen im Antrag der Grünen halte man hingegen für sinnvoll, insbesondere im Hinblick auf Erwachsene, die sonst zu wenig in den Fokus genommen würden.

Die **Fraktion der FDP** erklärt, dass man mehr tun müsse, um Infektionskrankheiten auszurotten. Die wichtigste Maßnahme zur Erreichung dieses Ziels sei, eine flächendeckende Impfquote von 95 Prozent zu erreichen. Um diejenigen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht geimpft werden könnten, besser zu schützen, obliege jedem die moralische Pflicht, sich impfen zu lassen. In diesem Bereich habe es sowohl auf Länder- als auch Bundesebene in den letzten Jahren große Versäumnisse gegeben. Hinsichtlich des Gesetzentwurfs sei die außerordentlich bürokratische Umsetzung der Impfpflicht und der Kontrolle zu kritisieren. Unter anderem sähen sich die Gesundheitsämter nicht in der Lage, den Ihnen übertragenen Aufgaben nachzukommen. Zudem sei der Gesetzentwurf lückenhaft. So sei es beispielsweise erforderlich, die medizinischen Kontraindikationen gesetzlich zu konkretisieren. Man begrüßte, dass das Masernschutzgesetz den Zugang zum Impfen niederschwelliger ausgestalte und künftig alle Ärztinnen und Ärzte impfen und die Impfung auch mit den Krankenkassen abrechnen dürften. Zudem befürworte man grundsätzlich die Modellprojekte zur Grippeschutzimpfung durch Apotheker. Allerdings müssten diesbezüglich die Landesapothekerkammern stärker eingebunden werden.

Die **Fraktion DIE LINKE.** betont, auch ihr sei daran gelegen, die Impfquoten auf jeden Fall zu erhöhen. Aus den unterschiedlichsten Gründen habe sich die Linksfraktion entschlossen, sich sowohl zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung als auch zu den beiliegenden Initiativen von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zu enthalten. Mit den drei fachfremden Änderungsanträgen der Koalition, einmal zur vertraulichen Spurensicherung, dann zum Werbeverbot für plastisch-chirurgische Eingriffe bei Jugendlichen und zum Wiederholungsrezept würden wichtige Anliegen berührt. Beim Thema Spurensicherung werde aber aus Sicht der Fraktion die Anonymität nicht durchgehend gewährleistet. Einem Werbeverbot für Schönheitsoperationen von Jugendlichen, vor allem der Vorher-Nachher-Vergleich mit Bildern, stehe man grundsätzlich positiv gegenüber. Im Prinzip ändere der Antrag aber nichts am eigentlichen Versorgungsgeschehen. Es sei nach wie vor möglich, Schönheitsoperationen bei Kindern und Jugendlichen durchzuführen. Den Änderungsantrag zum Wiederholungsrezept halte man für sachgerecht und werde ihn befürworten.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** erklärte, man habe es sich mit der Entscheidung für den verbindlichen Nachweis einer Masernimpfung vor Aufnahme in eine Kita nicht leicht gemacht. Letztlich sei der Schutz

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

von Menschen, die nicht geimpft werden könnten, wichtiger als die persönliche Selbstbestimmung. Die Fraktion kritisierte aber, dass die erheblichen Impflücken bei jungen Erwachsenen nicht adressiert würden. Deshalb müsse in naher Zukunft eine umfassende Impfstrategie für alle gefährlichen Infektionskrankheiten formuliert werden, wie man sie im eigenen Antrag bereits vorgeschlagen habe. Ein wesentliches Element sei der einfachere Zugang zu Impfangeboten. Hier könne der Betriebsarzt eine wichtige Rolle übernehmen. Positiv zu bewerten sei in dem Gesetzentwurf die Stärkung der wissenschaftlichen Rolle des Robert Koch-Instituts und der STIKO. Wichtig sei, dass künftig die Impfempfehlungen der STIKO ernst genommen würden. Die BZgA-Aufklärungs- und Informationskampagnen müssten zielgruppenspezifischer konzipiert werden. Zudem müsse gemeinsam mit der Ärzteschaft ein Einladungswesen für Erwachsene etabliert und der digitale Impfpasses eingeführt werden, der auch an erforderliche Impfungen erinnere. Ferner müsse der öffentliche Gesundheitsdienst gestärkt werden. Zusammengefasst werde der Gesetzentwurf dem Ziel, die Impfquoten zu steigern, nicht gerecht, weshalb man sich bei der Abstimmung enthalten, den Änderungsanträgen der Koalitionsfraktionen und der FDP sowie dem FDP-Antrag aber zustimmen werde.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 19/13452, 19/13826 empfiehlt, wird auf die Begründung im Gesetzentwurf verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1 – Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 3a.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 10a.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe b

Im bisherigen Entwurf wurde die Leitung einer Einrichtung in § 2 Nummer 15 als die Person definiert, die von dem Träger der Einrichtung mit den Leitungsaufgaben beauftragt ist. Da in einzelnen Ländern die Leitung der Einrichtung nicht von dem Träger der Einrichtung bestimmt wird, bildet die Definition diesen Fall bislang nicht ab. Eine Änderung der Definition ist sachgerecht, nach der mit der Leitung der Einrichtung diejenige Person definiert werden soll, die mit den Leitungsaufgaben in der jeweiligen Einrichtung beauftragt ist.

Als weitere personenbezogene Angaben werden, soweit vorliegend, auch die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse aufgenommen, durch die die Kontaktaufnahme für die Gesundheitsbehörden erleichtert werden könnte.

Zu Nummer 3 neu

Zu Buchstabe a

Um eine verbesserte Zusammenarbeit der relevanten Akteure zu gewährleisten, wurden in Satz 3 neben dem Bundesinstitut für Risikobewertung auch das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit und das Friedrich-Loeffler-Institut einbezogen.

Satz 4 regelt, dass die Amtshilfe des Robert Koch-Instituts (RKI) auf Ersuchen der zuständigen obersten Landesgesundheitsbehörde(n) nicht nur Beratungs-, sondern auch weitere Unterstützungstätigkeiten umfassen kann. Diese können insbesondere zum Ziel haben, den öffentlichen Gesundheitsdienst vor Ort in der Weise zu unterstützen, dass ein schnelles Handeln und eine unverzügliche Einleitung von Maßnahmen zur Eindämmung von Infektionsgeschehen erfolgen können. Der bisherige Satz 4 zweiter Halbsatz kann entfallen, weil die dort bisher geregelten Beratungsleistungen vom neuen Wortlaut miterfasst sind. Dem RKI erwachsen durch Satz 4 keine zusätzlichen Befugnisse. Das RKI kann daher die ihm nach Satz 4 eingeräumte Amtshilfe nur leisten, wenn die Handlung, um die ersucht wird, nach dem für das RKI maßgeblichen Recht zulässig ist. Ist die ersuchte Handlung nach dem für das RKI maßgeblichen Recht unzulässig, darf es die Handlung nicht vornehmen. Dies betrifft sowohl die Übernahme von Aufgaben als auch die Durchführung von Eingriffshandlungen. Insbesondere wenn eine Eingriffshandlung Gegenstand des Amtshilfeersuchens ist, muss das RKI über die dazu erforderliche gesetzliche Eingriffsermächtigung verfügen. Die Regelungen in Satz 4 erlauben es dem RKI daher nicht, Aufgaben oder Befugnisse der obersten Landesgesundheitsbehörden zu übernehmen, die ihm nicht selbst aufgrund einer entsprechenden anderen gesetzlichen Aufgabenzuweisung oder einer anderen gesetzlichen Eingriffsermächtigung zugewiesen sind.

Der neue Satz 5 regelt allerdings, dass das RKI im Rahmen der Amtshilfe befugt ist, personenbezogene Daten zu verarbeiten. Dies ist im Rahmen der Amtshilfe nötig, damit beispielsweise unverzüglich Maßnahmen zur Eindämmung von Ausbruchsgeschehen unterstützt werden können, soweit das RKI hierzu nach dem für ihn maßgeblichen Recht befugt ist. Durch den neuen Satz 5 wird es dem RKI auch ermöglicht, konkrete personenbezogene Empfehlungen abzugeben, soweit dies zur Erfüllung der jeweiligen Amtshilfeleistung erforderlich ist.

In Satz 6 konnte aus systematischen Gründen auf den Hinweis auf ausländische und internationale Organisationen und Behörden verzichtet werden, da diese bereits von Absatz 3 neuer Fassung erfasst sind.

Zu Buchstabe b

Die Sätze 1 bis 3 sollen die internationalen Aufgaben des RKI in Absatz 3 zusammenfassen. Inhaltlich sind damit keine Änderungen verbunden.

Entsprechend der Änderung in Absatz 1 Satz 5 soll es dem RKI auch im Rahmen seiner Aufgaben nach Absatz 3 Satz 1 bis 3 ermöglicht werden, personenbezogene Daten zu verarbeiten (Satz 4). Soweit es zur Abwendung von Gefahren von Dritten und zum Schutz von unmittelbar Betroffenen im Rahmen der frühzeitigen Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung von schwerwiegenden übertragbaren Krankheiten, der Unterstützung bei der Ausbruchsuntersuchung und -bekämpfung, der Kontaktpersonennachverfolgung oder der medizinischen Evakuierung von Erkrankten und Ansteckungsverdächtigen erforderlich ist, darf das RKI im Rahmen seiner Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 3 personenbezogene Daten verarbeiten.

Zu Nummer 3 (Gesetzentwurf)

Die bisherige Regelung zur Bundesstatistik zum öffentlichen Gesundheitsdienst wird auf Vorschlag des Bundesrates gestrichen. Es sollen zunächst die Ergebnisse der auf Ebene der Gesundheitsministerkonferenz eingerichteten Arbeitsgruppe „Grundsatzfragen des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ zur statistischen Erfassung der Personalausstattung im öffentlichen Gesundheitsdienst abgewartet werden.

Zu Nummer 3a

Da durch den im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) eingefügten § 15a auch Regelungen zur Durchführung der infektionshygienischen und hygienischen Überwachung in den 3. Abschnitt aufgenommen wurden, enthält der Abschnitt nicht mehr nur Regelungen zur epidemiologischen Überwachung. Es wird daher die Überschrift des 3. Abschnitts angepasst.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe bb

Bei den in § 6 aufgeführten Erkrankungen handelt es sich um Erkrankungen, deren Ausbreitung durch die schnelle Intervention des Gesundheitsamtes unterbunden werden soll und bei denen auf Grund einer relativ charakteristischen klinischen Symptomatik vor dem Vorliegen der spezifischen Erregernachweise eine klinische Verdachtsdiagnose gestellt werden kann.

Das Krankheitsbild der Meningoenzephalitis kann durch unterschiedlichste Erreger ausgelöst werden und ist nicht charakteristisch für eine Infektion durch selten auftretende Bornaviren. Sicher kann erst durch die Labordiagnostik die Krankheitsursache bestimmt werden. Hier greift aber bereits die neu vorgesehene Meldepflicht nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a (Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa).

Zu Nummer 5

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe dd

Das Middle-East-Respiratory-Syndrome-Coronavirus (MERS-CoV) wurde im April 2012 erstmals bei Patienten auf der arabischen Halbinsel nachgewiesen. Die Inkubationszeit beträgt in der Regel ein bis zwei Wochen. Die Erkrankung beginnt mit grippeähnlichen Symptomen. Bei schweren Verläufen kann sich eine Pneumonie entwickeln, die in ein akutes Atemnotsyndrom übergehen kann. Ein häufiges Begleitsymptom ist Durchfall. Außerdem kann es zu Nierenversagen kommen. Schwere Verläufe treten überwiegend bei Menschen mit chronischen Vorerkrankungen auf, wie z. B. Diabetes, einer Krebserkrankung oder einer Immunsuppression. Bislang wurden der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mehr als 2 000 laborbestätigte Fälle gemeldet, vor allem auf der arabischen Halbinsel aus dem Königreich Saudi-Arabien. Von den labordiagnostisch bestätigten Fällen starben dort etwa 40 Prozent. Bei MERS-CoV handelt es sich um einen zoonotischen Erreger. Eine Übertragung von Mensch zu Mensch ist möglich. Die Erkrankungs- bzw. Infektionsrate bei Haushaltskontakten von Primärfällen wird als

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

niedrig beschrieben. In Krankenhäusern haben sich jedoch schon mehrere, zum Teil große Ausbrüche ereignet. Bislang gibt es jedoch keine Hinweise auf eine anhaltende Übertragung in der Allgemeinbevölkerung. Nach Deutschland importierte Erkrankungen sind jederzeit möglich, da ca. 1 Million Personen jährlich aus den Ländern der arabischen Halbinsel nach Deutschland einfliegen. Reisende, die die arabische Halbinsel besuchen, sind vor allem dann einem erhöhten Risiko ausgesetzt, wenn sie Kamelmärkte besuchen, Kamelmilch konsumieren, oder auf andere Art und Weise Kontakt mit dromedarischen Kamelen, deren Produkten oder Ausscheidungen haben.

In § 7 Absatz 1 wird daher eine Meldepflicht für diese Erreger aufgenommen. Eine Meldepflicht für den Nachweis von MERS-CoV versetzt den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in die Lage, frühzeitig notwendige Infektionsschutzmaßnahmen zur Verhinderung der weiteren Übertragung des Erregers u. a. in medizinischen Einrichtungen einzuleiten und Kontaktpersonennachverfolgungen durchzuführen. Seit dem Jahr 2012 wurden nach Deutschland drei MERS-Fälle importiert, sodass nicht mit signifikanten Mehraufwänden bei Meldern und im ÖGD zu rechnen ist.

Zu Doppelbuchstabe ee

Invasive Pneumokokkeninfektionen (IPD) treten besonders häufig in vulnerablen Bevölkerungsgruppen, wie Kleinkindern, Senioren und immundefizienten Personen auf. Typische klinische Präsentationen sind Meningitis, septische Arthritis oder Sepsis. Bleibende Schäden sind häufig und Todesfälle treten auch in Deutschland jedes Jahr auf. In den vergangenen zehn Jahren wurden in Deutschland im Durchschnitt 5 Todesfälle pro Jahr durch eine IPD unter Kindern und Jugendlichen über ein klinikbasiertes pädiatrisches Sentinel-Surveillancesystem erfasst. Bei Erwachsenen ist die genaue Zahl der Todesfälle wegen fehlender Erfassung unbekannt. Grobe Schätzungen des RKI gehen aber davon aus, dass unter Erwachsenen in Deutschland im Durchschnitt jedes Jahr ca. 2 400 Fälle von IPD und 350 Todesfälle aufgrund einer IPD auftreten. In § 7 Absatz 1 wird daher eine Meldepflicht für Streptococcus pneumoniae, und zwar für den direkten Nachweis aus Liquor, Blut, Gelenkpunktat oder anderen normalerweise sterilen Substraten aufgenommen. Die Einführung der Meldepflicht ist erforderlich, da nur mit diesen Daten die Ermittlung der Krankheitslast von IPD in Deutschland und die Evaluation des entsprechenden Impfprogrammes in ausreichender Qualität und Vollständigkeit erfolgen kann.

Zu Doppelbuchstabe ff

Wie schon in vergangenen Sommern mit hohen Wassertemperaturen an deutschen Küsten wurden auch in den Jahren 2018 und 2019 vor allem an der Ostsee Fälle von Wundinfektionen und Sepsis durch Nicht-Cholera-Vibrionen nach Wasserkontakt berichtet. Es handelt sich dabei bislang um Infektionen mit Vibrio (V.) vulnificus, V. parahaemolyticus und V. cholerae (Stämme ohne Cholera-Toxin). Ein schwer vorhersehbarer Anteil dieser Nicht-Cholera-Vibrionen trägt Pathogenitätsfaktoren in sich, die sie für Menschen gefährlich machen. Infektionen mit diesen Erregern betreffen vornehmlich ältere Personen mit Vorerkrankungen (z. B. Diabetes, Lebererkrankungen) oder genereller Immunschwäche. Die Erreger gelangen durch Wunden (offenes Bein, aber auch aufgekratzte Mückenstiche) beim Baden, Waten oder dem Hautkontakt, z. B. mit fangfrischem Fisch, in den Körper und können Wundinfektionen hervorrufen, die bei entsprechender Disposition schnell zu massiven Weichteilinfektionen, Sepsis und septischem Schock führen können (z. T. innerhalb von 1 bis 2 Tagen nach Wasserkontakt). Die zunehmende Bedeutung der Erreger ergibt sich aus der steigenden Häufigkeit von sehr warmen Wetterperioden im Sommer mit entsprechenden Auswirkungen auf die Küstengewässer sowie dem steigenden Anteil der Risikogruppe in der Bevölkerung – und somit aus der Kombination von Klima- und demographischem Wandel.

In § 7 Absatz 1 wird daher die ursprünglich auf die Erreger der epidemischen Cholera beschränkte Meldepflicht für Vibrio cholerae O1 oder O139 auf eine Meldepflicht für alle humanpathogenen Vibrionen erweitert. Im Fall einer Ohrinfektion bedarf es nur einer Meldung, wenn es sich bei den Erregern um Vibrio cholerae handelt.

Zu Buchstabe b

Mit aktuell jährlich 87 Millionen neuen Fällen stellen Infektionen mit Neisseria gonorrhoeae (NG) die weltweit dritthäufigste sexuell übertragbare Erkrankung dar. Infektionen mit NG sind von hoher klinischer Relevanz und eine wesentliche Ursache chronischer Entzündungen des kleinen Beckens, von Unfruchtbarkeit oder von extrauterinen Schwangerschaften.

NG bildet leicht Resistenzen gegen Antibiotika aus. In den letzten Jahren kam es zu einer besorgniserregenden, weltweiten Ausbreitung von resistenten NG, ohne dass neue wirksame Antibiotika zur Verfügung stehen. In den letzten zwei Jahren wurden außerhalb Deutschlands bereits mehrmals multiresistente NG nachgewiesen, gegen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

die keine wirksamen Antibiotika zur Verfügung stehen. Vor diesem Hintergrund wird eine weitere Ausbreitung verbunden mit einer zunehmenden Unbehandelbarkeit von NG befürchtet, weshalb die WHO NG auf die Liste der zehn Erreger mit der höchsten Priorität bezüglich Antibiotikaresistenzen gesetzt hat. Das RKI geht auf Grundlage von Meldedaten zu NG aus Sachsen und England von jährlich 17 000 bis 80 000 Neuinfektionen in Deutschland aus.

Die Anzahl diagnostizierter Fälle resistenter NG in Deutschland ist geringer. 10 bis 20 Prozent aller diagnostizierten Gonokokken-Infektionen werden auf Resistenz untersucht. Bei etwa 15 Prozent der untersuchten Infektionen ist von Resistenzen gegen die empfohlenen Antibiotika auszugehen. Mit der Einführung der Meldepflicht soll eine aussagekräftige Überwachung der NG-Resistenz in Deutschland sichergestellt werden.

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe a

§ 9 Absatz 1 regelt, welche Angaben der Meldende an die Gesundheitsämter übermitteln darf. Dabei soll das Gesundheitsamt in die Lage versetzt werden, zügig notwendige Maßnahmen ergreifen zu können. U. a. muss gemäß § 9 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe f angegeben werden, ob die betroffene Person in Einrichtungen nach § 23 Absatz 5 tätig ist. Auf Grundlage dieser Information könnten bei Bedarf z. B. Tätigkeitsverbote oder Empfehlungen zur Verhütung der weiteren Übertragung im beruflichen Umfeld durch das Gesundheitsamt initiiert werden.

Die Leiter der in § 23 Absatz 5 Satz 1 aufgelisteten Einrichtungen haben sicherzustellen, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind. Daneben gibt es in § 23 Absatz 3 Satz 1 noch eine ähnliche Auflistung von Einrichtungen, deren Leiter sicherzustellen haben, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden.

Vergleicht man die in § 23 Absatz 3 Satz 1 und 5 aufgelisteten Einrichtungen, fällt auf, dass in § 23 Absatz 5 – der die Aufstellung von Hygieneplänen fordert – für diesen Zweck z. B. Arztpraxen grundsätzlich ausgenommen sind und – sofern eine entsprechende Verordnung durch die Länder erlassen wird – die Aufnahme in den Kreis der zur Aufstellung von Hygieneplänen Verpflichteten nur bei Arztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe möglich ist, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden. Die Einschränkungen des Adressatenkreises in § 23 Absatz 5 erscheinen im Rahmen der Meldeinhalte gemäß § 9 Absatz 1 jedoch generell nicht sinnvoll, da für die Bewertung, ob Infektionsschutzmaßnahmen wie z. B. Tätigkeitsverbote oder andere Maßnahmen notwendig sind, auch die Tätigkeit in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 relevant ist. Es wird daher künftig der Bezug zu den in § 23 Absatz 3 Satz 1 genannten Einrichtungen hergestellt.

Zu Nummer 6a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 6 Buchstabe a. In § 11 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe f wird sowohl auf § 9 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe f also auch auf § 9 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe h Bezug genommen.

Zu Nummer 7

Durch das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) wurde mit § 13 Absatz 3 eine Verordnungsermächtigung aufgenommen, von der bislang noch kein Gebrauch gemacht worden ist. Nach dieser Vorschrift ist das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festzulegen, dass die Träger der in § 8 Absatz 1 Nummer 2 und 3 genannten Einrichtungen (Krankenhäuser, Labore etc.) verpflichtet sind, Untersuchungsmaterial, aus dem meldepflichtige Nachweise von bestimmten Krankheitserregern gewonnen wurden, sowie Isolate der entsprechenden Erreger zum Zwecke weiterer Untersuchungen und der Verwahrung (molekulare Surveillance) an bestimmte Einrichtungen der Spezialdiagnostik abzuliefern, insbesondere an nationale Referenzzentren, an Konsiliarlaboratorien, an das RKI und an fachlich unabhängige Landeslaboratorien.

Dieses Verfahren läuft allerdings vielfach bereits auf freiwilliger Basis, Einrichtungen der Spezialdiagnostik, also (insbesondere, aber nicht abschließend) nationale Referenzzentren, Konsiliarlaboratorien sowie das RKI, werden

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

u. a. von Krankenhäusern, Arztpraxen und Laboratorien auch als Primärlaboratorien im Rahmen der individualmedizinischen Versorgung von Patienten schon heute in Anspruch genommen, wenn die Diagnostik etwa bei seltenen Erkrankungen von regulären Laboratorien nicht geleistet werden kann.

Durch eine Ergänzung des § 13 Absatz 3 soll daher eine Übermittlungsbefugnis für Untersuchungsmaterial und Isolate geschaffen werden und das bereits gängige Verfahren eine rechtliche Grundlage erhalten.

Nach Absatz 3 Satz 1 können die in § 23 Absatz 3 Satz 1 genannten Einrichtungen sowie Laboratorien Untersuchungsmaterial und Isolate von Krankheitserregern für Zwecke weiterer Untersuchungen und der Verwahrung an bestimmte Einrichtungen der Spezialdiagnostik abliefern, insbesondere an nationale Referenzzentren, an Konsiliarlaboratorien, an das RKI und an fachlich unabhängige Landeslaboratorien. Nach Satz 2 können die Einrichtungen der Spezialdiagnostik das Untersuchungsmaterial und Isolate von Krankheitserregern für den gleichen Zweck auch untereinander abliefern.

Gemeinsam mit dem abgelieferten Material können nach Satz 3 pseudonymisierte Falldaten übermittelt werden. Die Ergebnisse der Untersuchungen können nach Satz 4 an die abliefernden Einrichtungen übermittelt werden. Eine Wiederherstellung des Personenbezugs der übermittelten pseudonymisierten Daten ist für die Einrichtungen der Spezialdiagnostik auszuschließen (Satz 5).

Enthält das Untersuchungsmaterial humangenetische Bestandteile, sind angemessene Maßnahmen zu treffen, die eine Identifizierung betroffener Personen verhindern. Humangenetische Analysen des Untersuchungsmaterials sind verboten (Sätze 6 und 7).

Die bisherige Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit findet sich nunmehr in Satz 8, nach der dieses befugt ist, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festzulegen, dass die Träger der in § 8 Absatz 1 Nummer 2 und 3 genannten Einrichtungen sowie bestimmte Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes verpflichtet sind, Untersuchungsmaterial, aus dem meldepflichtige Nachweise von bestimmten Krankheitserregern gewonnen wurden, sowie Isolate der entsprechenden Erreger zum Zwecke weiterer Untersuchungen und der Verwahrung an bestimmte Einrichtungen der Spezialdiagnostik abzuliefern (molekulare Surveillance). Neu aufgenommen wurden Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Nach Satz 9 gelten auch für dieses verpflichtende Verfahren die Sätze 3 bis 7 (wie bisher) entsprechend. Die Sätze 10 und 11 entsprechen weitgehend der bisherigen Formulierung.

Absatz 4 sieht des Weiteren vor, dass die in Absatz 3 Satz 1 genannten Einrichtungen (einschließlich des RKI) untereinander für Zwecke der Überwachung der Verbreitung von Krankheitserregern und der entsprechenden Therapie- und Bekämpfungsmaßnahmen pseudonymisierte Falldaten übermitteln können. Eine Übermittlung pseudonymisierter Falldaten ist erforderlich, um eine Rückverfolgbarkeit und Zuordnung zu einem Einzelfall sicherstellen und um entsprechende infektiologische Maßnahmen treffen zu können. Auf dieser Grundlage können daher künftig zwischen den genannten Einrichtungen Daten zu Antibiotikaresistenzen und zum Antibiotikaverbrauch ausgetauscht werden. Eine Wiederherstellung des Personenbezugs der übermittelten pseudonymisierten Daten ist für den jeweiligen Empfänger der Daten auszuschließen (Satz 2).

Absatz 5 wird im Wesentlichen nur sprachlich angepasst.

Auf Wunsch der Länder sollen die Daten zur Mortalitätssurveillance nach Absatz 6 (im Gesetzentwurf noch Absatz 4) über die zuständigen Landesbehörden an das RKI übermittelt werden.

Zu Nummer 8

Zu Buchstabe a

Zur Steigerung der Impfquoten soll vorhandene Evidenz zu bestehenden Impflücken bei der Information der Bevölkerung berücksichtigt werden. Ziel dabei ist, möglichst mit evidenzbasierten Maßnahmen zielgruppenspezifische Informationen bereitzustellen, um insbesondere ungeimpfte Personen (zum Beispiel in bestimmten Regionen) zu erreichen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe e

Zu § 20 Absatz 8

Zur Erhöhung der Regelungstransparenz werden die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim RKI in den gesetzlichen Wortlaut des Absatzes 8 übernommen, dabei werden noch ausstehende, aber geplante Empfehlungen bereits antizipiert.

Nach dem 31. Dezember 1970 geborene Personen (nur für diesen Personenkreis empfiehlt die Ständige Impfkommission beim RKI Masernschutzimpfungen) müssen einen nach den Maßgaben von Satz 2 ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder aber der Vollendung des ersten Lebensjahres eine Immunität gegen Masern aufweisen, soweit sie in den betroffenen Einrichtungen betreut, untergebracht oder tätig werden. Satz 2 sieht vor, dass ein ausreichender Impfschutz gegen Masern besteht, wenn ab der Vollendung des ersten Lebensjahres mindestens eine Schutzimpfung und ab der Vollendung des zweiten Lebensjahres mindestens zwei Schutzimpfungen gegen Masern bei der betroffenen Person durchgeführt wurden.

Zu § 20 Absatz 9

In Absatz 9 Satz 1 wird neben der Nachweisführung durch eine Impfdokumentation oder ein ärztliches Zeugnis auch der Nachweis für ausreichend erklärt, dass eine Bestätigung einer staatlichen Stelle oder der Leitung einer anderen in Absatz 8 Satz 1 genannten Einrichtung darüber vorlag, dass ein Nachweis nach Nummer 1 oder Nummer 2 bereits vorgelegen hat (Nummer 3). Durch diese Möglichkeit sollen die Leitungen von Einrichtungen entlastet werden, wenn bereits eine staatliche Stelle oder eine andere Einrichtung, in der die betroffene Person vorher betreut wurde oder tätig war, den Nachweis entsprechend Nummer 1 oder Nummer 2 kontrolliert hat.

Durch die Änderungen in Satz 2 soll festgelegt werden, dass nur die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle bestimmen kann, dass der Nachweis nach Satz 1 nicht der Leitung der jeweiligen Einrichtung, sondern dem Gesundheitsamt oder einer anderen staatlichen Stelle gegenüber zu erbringen ist. Der bislang in Satz 2 ausschließlich geregelte Fall der Erstaufnahme von Schülern in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule ist lediglich als eine mögliche Konstellation anzusehen. Die Länder sollen zudem die Möglichkeit erhalten, festzulegen dass auch andere staatliche Stellen zu entsprechenden Nachweiskontrollen befugt sind, um so auch die Leitungen der Einrichtungen zu entlasten.

Die bisher in Satz 6 enthaltene Benachrichtigungspflicht nach Satz 4 wurde (um die Konstellation ergänzt, dass ein Nachweis von einer Person überhaupt nicht vorgelegt wurde, die aufgrund der Ausnahmeregelung in Satz 9 in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 3 betreut werden darf, oder von einer Person nicht vorgelegt wurde, die aufgrund einer nach Satz 8 von den obersten Landesgesundheitsbehörden zugelassenen allgemeinen Ausnahme in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut oder in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 beschäftigt oder tätig werden darf. Außerdem sind auch die Stellen nach Satz 2 oder Satz 3 benachrichtigungspflichtig, denen gegenüber ggf. der Nachweis nach Satz 1 zu erbringen ist. Satz 5 erklärt eine Benachrichtigung für entbehrlich, wenn der Leitung der jeweiligen Einrichtung oder der Stelle nach Satz 2 oder Satz 3 bekannt ist, dass das Gesundheitsamt über den Fall bereits informiert ist (etwa durch Information staatlicher Stellen oder vorheriger Einrichtungen).

Die Sätze 6 und 7 wurden an die Formulierungen in § 42 Absatz 1 angepasst.

Parallel zur Regelung in Satz 2 kann die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle allgemeine Ausnahmen von den Sätzen 6 und 7 zulassen (Satz 8). Diese Ausnahmeregelung wird auf den Fall eines vom Paul-Ehrlich-Institut (PEI) bekannt gemachten Lieferengpasses zu allen für das Inverkehrbringen in Deutschland zugelassenen oder genehmigten Impfstoffen mit einer Masernkomponente eingeschränkt. Das PEI gibt Lieferengpässe auf seiner Internetseite (www.pei.de) bekannt, wenn für das betreffende Arzneimittel eine über voraussichtlich zwei Wochen hinausgehende Unterbrechung einer Auslieferung oder eine unerwartete, deutlich vermehrte Nachfrage vorliegt, der vom Zulassungsinhaber nicht angemessen nachgekommen werden kann. Ein Lieferengpass nur eines Impfstoffes bei weiterhin verfügbaren anderen Impfstoffen mit einer Masernkomponente ist nicht ausreichend, um Ausnahmen von den Sätzen 6 und 7 vorzusehen. Die Regelung gilt unabhängig davon, ob gegebenenfalls parallel importierte oder vertriebene Arzneimittel im Markt verfügbar sind, da diese bei den Meldungen über Lieferengpässe keine Berücksichtigung finden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Eine Person, die einer gesetzlichen Schulpflicht unterliegt, kann in Abweichung von Satz 6 in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 3 betreut werden (Satz 9). Durch die Umformulierung soll klargestellt werden, dass schulpflichtige Personen, die keinen Nachweis nach Satz 1 erbringen, zwar in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 3 zur Betreuung aufgenommen werden können, diesen Personen aber Tätigkeiten (die nicht der Schulpflicht unterfallen) nicht übertragen werden dürfen und auch eine Aufnahme in anderen Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 und 2 nicht möglich sein soll.

Zu § 20 Absatz 10

Absatz 9 Satz 2 bis 5 wird für die Konstellationen nach Absatz 10 (bereits betreute bzw. tätig Personen) für entsprechend anwendbar erklärt (mit den für Absatz 10 notwendigen Maßgaben). Das bedeutet, dass an Stelle der Leitungen der Einrichtungen andere staatliche Stellen eingeschaltet werden können und die Benachrichtigung gegenüber dem Gesundheitsamt zu erfolgen hat, außer wenn der Leitung der jeweiligen Einrichtung oder der Stelle nach Absatz 9 Satz 2 oder Satz 3 bekannt ist, dass das Gesundheitsamt über den Fall bereits informiert ist.

Zu § 20 Absatz 11

Absatz 9 Satz 2, 4 und 5 wird für die Konstellationen nach Absatz 11 (Betreute in Kinderheimen und Untergebrachte in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 4) für entsprechend anwendbar erklärt (mit den für Absatz 11 notwendigen Maßgaben). Das bedeutet, dass an Stelle der Leitungen der Einrichtungen andere staatliche Stellen eingeschaltet werden können und die Benachrichtigung gegenüber dem Gesundheitsamt zu erfolgen hat, außer wenn der Leitung der jeweiligen Einrichtung oder der Stelle nach Absatz 9 Satz 2 oder Satz 3 bekannt ist, dass das Gesundheitsamt über den Fall bereits informiert ist.

Zu § 20 Absatz 12

Bislang verweist das Masernschutzgesetz in § 20 Absatz 12 Satz 3 bezüglich möglicher Betreuungs- und Tätigkeitsverbote auf § 34 Absatz 1 Satz 1 und 2. Da § 34 auf einen Kontakt zu Betreuten abstellt (die Masernimpfpflicht aber nicht) und er nur Gemeinschaftseinrichtungen betrifft (die Masernimpfpflicht aber auch Tätige in Gesundheitseinrichtungen betrifft) ist der Verweis missverständlich. Die möglichen Verbote (Untersagung, dass die dem Betrieb der jeweiligen Einrichtung dienenden Räume betreten werden oder in der jeweiligen Einrichtung Tätigkeiten ausgeübt werden) sollen nunmehr in Satz 3 direkt geregelt werden. Die Verbote sollen bereits dann ausgesprochen werden können, wenn die betroffene Person trotz der Anforderung nach Satz 1 keinen Nachweis innerhalb einer angemessenen Frist vorlegt. Ein entsprechendes Verbot dürfte nicht in Frage kommen, wenn es sich um Personen handelt, die bislang einer gesetzlichen Schulpflicht unterlagen (Satz 4), die Ausbildung an einer Schule oder sonstigen Ausbildungseinrichtung aber noch regulär beenden wollen.

Die Sätze 4 und 5 enthalten Ausnahmen für schul- und aufnahmepflichtige Personen.

Zu Nummer 10a

§ 24 legt bislang fest, dass die Behandlung von Personen, die an einer der in § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 5 oder § 34 Absatz 1 genannten übertragbaren Krankheiten oder an sexuell übertragbaren Krankheiten erkrankt oder dessen verdächtig sind oder die mit einem Krankheitserreger nach § 7 infiziert sind, nur Ärzten gestattet ist. Als Behandlung in diesem Sinne soll auch gelten, wenn der direkte und indirekte Nachweis eines Krankheitserregers für die Feststellung einer Infektion oder übertragbaren Krankheit geführt wird (Satz 3).

Durch die knappere Formulierung der Neufassung des § 24 soll weiterhin sowohl die Feststellung als auch die Heilbehandlung von melde- und benachrichtigungspflichtigen Krankheiten oder Infektionen mit meldepflichtigen Krankheitserregern (dazu gehören auch solche, die durch eine Rechtsverordnung nach § 15 Absatz 1 bundesweit in die Meldepflicht einbezogen sind) sowie sonstigen sexuell übertragbaren Krankheiten nur Ärzten vorbehalten bleiben (Satz 1). Dies soll nach Satz 2 jedoch nicht für die Anwendung von In-vitro-Diagnostika die für patientennahe Schnelltests bei Testung auf das Humane-Immundefizienz-Virus (HIV), auf das Hepatitis-C-Virus und auf Treponema pallidum (Erreger der Syphilis) verwendet werden.

Darunter fallen Verfahren, die im Rahmen des sog. Point-of-care-testings (POCT) erfolgen: Diese sind dadurch charakterisiert, dass sie in unmittelbarer Nähe zum Patienten stattfinden, keine Probenvorbereitung erfordern und mittels Reagenzien erfolgen, die nur für eine Einzelprobenmessung vorgesehen sind.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Auf diese Weise wird insbesondere die Arbeit der niedrigschwelligen Beratungs- und Testeinrichtungen u. a. von AIDS-Hilfen, Suchtberatungsstellen und Gesundheitsämtern für besonders gefährdete Personengruppen erleichtert, die zukünftig entsprechende patientennahe Schnelltests ohne die zwingende Anwesenheit eines Arztes durchführen können. Sofern ein positives (reaktives) Ergebnis festgestellt wurde, wird der Patient zur weiteren Diagnostik und Behandlung an einen Arzt verwiesen. Die Erleichterung der Durchführung von patientennahen Schnelltests ist notwendig, um Zugangshürden zu Testangeboten weiter zu senken und damit die Anzahl der diagnostizierten HIV-, Hepatitis C- und Syphilisinfektionen weiter zu erhöhen. Hierdurch sollen in der Folge Behandlungsraten gesteigert und Infektionsketten unterbrochen werden.

Nach Satz 3 wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates, festzulegen, dass von dem Arztvorbehalt ebenfalls Ausnahmen für die Anwendung von In-vitro-Diagnostika vorgesehen werden, die für patientennahe Schnelltests bei Testung auf weitere Krankheiten oder Krankheitserreger verwendet werden.

Zu Nummer 12

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, um die Verweise auf diese Vorschrift an anderen Gesetzesstellen wieder korrekt herzustellen.

Zu Nummer 12a

Zu Buchstabe a

Durch die Neuaufnahme der erlaubnispflichtigen Kindertagespflege in den Begriff der Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 unterlägen diese der infektionshygienischen Überwachung gemäß § 36 Absatz 1 Satz 1. Auf Vorschlag der Länder soll nur eine sog. Kann-Überwachung entsprechend § 36 Absatz 2 für die erlaubnispflichtige Kindertagespflege eingeführt werden.

Zu Buchstabe b

Auch die erlaubnispflichtige Kindertagespflege nach § 33 Nummer 2 soll künftig infektionshygienisch überwacht werden können (Kann-Überwachung) um insbesondere bei vorhandenen Anhaltspunkten eine infektionshygienische Kontrolle durchzuführen.

Zu Nummer 12b

Zu Buchstabe a

Durch die Änderungen von Absatz 1 Satz 1 wird es ermöglicht, das Verfahren nach Absatz 1 vollständig digitalisiert durchzuführen.

Zu Buchstabe b

Nach Absatz 7 ist das Bundesministerium für Gesundheit bisher ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Untersuchungen und weitergehende Anforderungen vorzuschreiben oder Anforderungen einzuschränken, soweit Rechtsakte der Europäischen Gemeinschaft dies erfordern. An die Stelle der Europäischen Gemeinschaft ist die Europäische Union getreten.

Zu Nummer 12c

Wer das schädigende Ereignis (Tätigkeitsverbot/Absonderung) in vorwerfbarer Weise verursacht hat, sollte nicht auf Kosten der Allgemeinheit Entschädigung erhalten, wenn sie oder er Verboten in der Ausübung seiner oder ihrer bisherigen Erwerbstätigkeit unterliegt oder unterworfen wird.

Dieser Grundsatz soll im Rahmen des Infektionsschutzrechts derart Anwendung finden, dass in Fällen, in denen eine Schutzimpfung oder eine andere Maßnahme der spezifischen Prophylaxe gesetzlich vorgeschrieben oder im Bereich des gewöhnlichen Aufenthaltsorts des Betroffenen öffentlich empfohlen (§ 20 Absatz 3) war, eine entsprechende Entschädigung nicht verlangt werden kann, wenn ein Verbot oder eine Absonderung hätte vermieden werden können.

Die Regelung ist vor dem Hintergrund der Regelungen in § 20 Absatz 9 bis 12 folgerichtig und geradezu zwingend, denn wenn schon derjenige, der wegen fehlenden Impfschutzes eine Tätigkeit nicht ausüben darf, keine

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entschädigung erhält (hier wäre § 56 Absatz 1 gemäß seinem Wortlaut nicht einschlägig), darf derjenige, der sogar an einer solchen Krankheit erkrankt, keine Entschädigung nach § 56 Absatz 1 erhalten.

Die Regelung erhöht den Anreiz für die Beschäftigten, sich impfen zu lassen, soweit dies medizinisch möglich und zumutbar ist.

Zu Nummer 13

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Nummer 8 Buchstabe e.

Zu Artikel 2 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Zu Nummer 4a

Leistungen zur vertraulichen Spurensicherung bei Verdacht auf eine Misshandlung, einen sexuellen Missbrauch, einen sexuellen Übergriff, eine sexuelle Nötigung oder eine Vergewaltigung werden Bestandteil des gesetzlichen Anspruchs auf Krankenbehandlung nach § 27. Nach bisherigem Recht besteht nach § 27 bereits ein Versorgungsanspruch der Versicherten, die Opfer einer Vergewaltigung, eines sexuellen Übergriffs, eines sexuellen Missbrauchs, einer sexuellen Nötigung oder einer Misshandlung sind. Er umfasst das ärztliche Gespräch, die körperliche Untersuchung – einschließlich der Feststellung von Verletzungen und Spuren, um Spät- oder Langzeitfolgen zu begrenzen –, die ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, die Abklärung von Maßnahmen zum gesundheitlichen Schutz (Impfungen bei offenen Wunden etc.), die Dokumentation sowie ggf. einen Arztbrief zur notwendigen Weiterbehandlung. Darüber hinaus schließt der geltende Versorgungsanspruch die Versorgung mit den weiteren in § 27 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 6 aufgeführten Leistungen ein.

Von verschiedenen Seiten wird jedoch immer wieder eine flächendeckende Refinanzierung von Leistungen der vertraulichen Spurensicherung bei Misshandlungen und sexualisierter Gewalt gefordert. Eine derartige Spurensicherung ist für die Beweisführung in etwaigen späteren straf- oder zivilrechtlichen Verfahren notwendig. Angebote, die eine Spurensicherung für die Opfer kostenlos vornehmen, bestehen bisher nicht in ausreichendem Umfang. Nur in Fällen, in denen eine vorausgehende bzw. gleichzeitige Strafanzeige bei den zuständigen Strafverfolgungsbehörden erfolgt, ist die Kostentragung über die Polizei sichergestellt.

Die Möglichkeit einer vertraulichen Spurensicherung für die genannten Tatbestände schafft einen niedrigschwelligen Zugang zur Beweissicherung. Mit dieser Regelung ist jedoch kein genereller Anspruch für alle Opfer jeglicher Gewalt verbunden.

Der Anspruch umfasst Leistungen zur Sicherung von beweistechnisch relevanten Spuren und eine den Anforderungen an eine Spurensicherung entsprechende Dokumentation beispielsweise der Verletzungen sowie Laborleistungen, wie beispielsweise Untersuchungen auf so genannte K.O.-Tropfen oder Alkohol. Damit umfasst ist auch der Transport und vor dem Hintergrund straf- und zivilrechtlicher Verjährungsfristen die gegebenenfalls notwendige langfristige Lagerung der entsprechenden Spuren beispielsweise in rechtsmedizinischen Instituten.

Nicht umfasst sein sollen die Kosten für das Material zur Spurensicherung (sog. Spurensicherungskits) und mögliche spätere Analysen der sichergestellten Spuren. Diese Leistungen fallen weiter in die Finanzierungszuständigkeit der Strafverfolgungsbehörden beziehungsweise werden durch diese zur Verfügung gestellt.

Zu Nummer 4b

Es wird geregelt, dass Vertragsärzte für Versicherte Verordnungen von Arzneimitteln ausstellen können, mit denen eine bis zu dreimal zu wiederholende Abgabe erlaubt ist. Die Verordnungen sind als Verordnungen zur wiederholten Abgabe zu kennzeichnen. Sie dürfen bis zu einem Jahr nach Ausstellungsdatum zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen durch Apotheken beliefert werden. Ob eine entsprechende Verordnung von Arzneimitteln bei einer Patientin oder einem Patienten in Frage kommt, muss von der behandelnden Ärztin bzw. von dem behandelnden Arzt im Einzelfall beurteilt werden. In Frage kommen Verordnungen zur wiederholten Abgabe insbesondere für chronisch kranke Patienten in stabilem Gesundheitszustand und bei gleichbleibender Medikation mit für eine Wiederholungsverschreibung geeigneten Wirkstoffen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 4c

Zu Buchstabe a

In Umsetzung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) sowie des Präventionsgesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags die Gesundheitsuntersuchungen nach den §§ 25 und 25a weiterentwickelt und dem aktuellen wissenschaftlichen Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst. Im Bereich der Krebsfrüherkennung gemäß § 25 Absatz 2 und § 25a beinhaltete dies die Überführung der bisherigen opportunistischen Früherkennung von Darm- und Gebärmutterhalskrebs in organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme mit einem persönlichen Einladungs- und Informationswesen, durchgängiger Qualitätssicherung sowie Erfolgskontrolle. Ferner hat der Gemeinsame Bundesausschuss den bisherigen Gesundheits-Check-up nach § 25 Absatz 1 stärker auf primärpräventive Aspekte und potenzielle neue Zielerkrankungen ausgerichtet sowie auf neue Altersgruppen ausgeweitet.

Auch die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder nach § 26 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss – entsprechend der mit dem Präventionsgesetz geänderten Rechtsgrundlage – grundlegend weiterentwickelt und stärker primärpräventiv ausgerichtet, so dass der Erkennung individueller Belastungen und Risiken der Kinder und der darauf ausgerichteten ärztlichen Beratung der Familien ein erhöhter Stellenwert beigemessen wird. Zudem hat der Gemeinsame Bundesausschuss Früherkennungsuntersuchungen auf neue Zielerkrankungen – wie ein Screening auf Mukoviszidose, auf schwere kombinierte Immundefekte sowie auf kritische angeborene Herzerkrankungen – in das Kinderuntersuchungsprogramm aufgenommen, durch die ein unverzüglicher Behandlungsbeginn ermöglicht und damit eine erhebliche Verbesserung des Krankheitsverlaufs erzielt werden kann.

Aus diesem Grunde soll der bestehende positive Anreiz zur Wahrnehmung dieser optimierten Untersuchungen gestärkt werden. Deshalb werden die Krankenkassen künftig verpflichtet, Versicherten, die Leistungen zur Vermeidung oder Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 wahrnehmen, Boni anzubieten. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Schutzimpfungen nach § 20i. Den Krankenkassen bleibt es überlassen, in ihren Satzungen die Einzelheiten, insbesondere die Voraussetzungen der Bonifizierung zu regeln.

Es gibt Gesundheitsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26, die nur einmalig angeboten werden. Die Streichung der Anforderung einer regelmäßigen Inanspruchnahme ermöglicht den Krankenkassen, die Teilnahme an einmaligen Früherkennungsuntersuchungen (z. B. am Neugeborenen-Hörscreening einschließlich der etwaigen Konfirmationsdiagnostik oder am Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen) mit einem Bonus zu versehen und damit einen Anreiz für eine Teilnahme zu setzen. Für andere Gesundheitsuntersuchungen, z. B. der Teilnahme an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen oder an allgemeinen U-Untersuchungen, kann die Regelmäßigkeit als Voraussetzung in der Satzung festgelegt werden.

Für die Inanspruchnahme von Schutzimpfungen kommt es nicht darauf an, ob es sich um Schutzimpfungen handelt, auf die Versicherte einen gesetzlichen Anspruch haben oder die aufgrund der Satzung einer Krankenkasse nach § 20i Absatz 2 erbracht werden.

Bei der Neuformulierung des bisherigen Absatzes 1 Nummer 3 handelt es sich im Übrigen um eine redaktionelle Folgeänderung. Die bisherige Satzungsermächtigung des § 65a Absatz 1 Nummer 3, nach der die Krankenkassen über die bisherigen Leistungen nach den Nummern 1 und 2 hinaus auch die Inanspruchnahme weiterer gesundheitsfördernder Angebote bonifizieren sollen, bleibt als Soll-Regelung unverändert im neuen Absatz 1a erhalten.

Zu Buchstabe b

Aufgrund der Weiterentwicklung der Früherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25, 25a und 26 ist regelhaft davon auszugehen, dass ihre Inanspruchnahme nicht nur der Erhaltung der Gesundheit des einzelnen Versicherten dient, sondern letztlich auch zu Einsparungen und Effizienzsteigerungen bei den Krankenkassen führt, deren Ausgaben für Krankenbehandlung sich entsprechend vermindern. Gleiches gilt für Schutzimpfungen nach § 20i. Den Krankenkassen wird deshalb für diese Leistungen nicht mehr auferlegt, über entsprechende Einsparungen und Effizienzgewinne Rechenschaft abzulegen. Für Boni nach dem bisherigen Absatz 1 Nummer 3 (künftig Absatz 1a) bleibt die Verpflichtung hingegen erhalten.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 5

In Satz 1 und im neuen Satz 5 wird anstelle der unspezifischen Verweise auf den öffentlichen Gesundheitsdienst auf die für den Vertragsabschluss zuständigen obersten Landesgesundheitsbehörden oder die von ihnen bestimmten Stellen verwiesen. In Satz 1 bezieht sich das Wort Gemeinschaften nunmehr nicht mehr nur auf die Ärzte, sondern auch auf die Einrichtungen mit ärztlichem Personal.

In Satz 2 wird klargestellt, dass unter Gemeinschaften auch Vereinigungen zu verstehen sind, die die in ihnen organisierten Leistungserbringer als Mitglieder unterstützen (auch sog. Managementgesellschaften).

Satz 3 entspricht dem bisherigen Satz 2 des Regierungsentwurfs, die Gemeinschaften finden gesonderte Erwähnung.

Der bisherige § 132e Absatz 1 Satz 3 sieht vor, dass in den Verträgen mit den Behörden der Länder die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind, auch Regelungen zur vereinfachten Umsetzung der Durchführung von Schutzimpfungen, insbesondere durch die pauschale Bereitstellung von Impfstoffen und vereinfachte Erstattung der Kosten vorzusehen sind. Nach der Begründung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646), durch das § 132e Absatz 1 Satz 3 eingefügt worden ist, wird hier ausdrücklich auf bereits bestehende ähnliche Regelungen zum Sprechstundenbedarf Bezug genommen (Drucksache 19/8351, S. 204).

Durch den neuen Satz 4 sollen dementsprechend auch in Verträgen mit den Fachärzten für Arbeitsmedizin, den Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ und sonstigen Ärzten, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (oder deren Gemeinschaften), Regelungen zur vereinfachten Umsetzung der Durchführung von Schutzimpfungen, insbesondere durch die pauschale Bereitstellung von Impfstoffen sowie Regelungen zur vereinfachten Abrechnung, insbesondere durch die Erstattung von Pauschalbeträgen oder anteilig nach den Versichertenzahlen (Umlageverfahren) vorgesehen werden.

Zu Nummer 5a

Zu § 132j

Zur Erhöhung der Impfquote bei Grippeschutzimpfungen in Deutschland durch einen weiteren optionalen niedrigschwelligen Zugang werden regionale Modellvorhaben zur Durchführung von Grippeschutzimpfungen in Apotheken in ausgewählten Regionen ermöglicht. Nach dem neuen § 132j haben die Krankenkassen oder deren Landesverbände mit Apotheken, Gruppen von Apotheken oder den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Apotheker auf Landesebene entsprechende Vorhaben zu vereinbaren. Damit entsprechende Modellvorhaben durchgeführt werden und Auswertungen nach Absatz 7 zu den Modellvorhaben vorliegen, ist eine Verpflichtung zur Durchführung der Modellvorhaben unter den genannten Bedingungen notwendig. Die rechtliche Verpflichtung richtet sich nur an die Krankenkassen oder deren Landesverbände, wenn diese durch Apotheken, Gruppen von Apotheken oder den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Apotheker auf Landesebene zur Durchführung von entsprechenden Modellvorhaben aufgefordert werden.

Die Grippeschutzimpfung in Apotheken bleibt auf Personen beschränkt, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, da es sich bei Kindern und Jugendlichen mit einer Indikation für die Grippeschutzimpfung nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission i. d. R. um chronisch kranke Kinder und Jugendliche handelt. Es ist davon auszugehen, dass diese Altersgruppe von Kinder- bzw. Hausärzten betreut und auch geimpft wird. Darüber hinaus sollten nur volljährige Personen in Apotheken geimpft werden, die selbst in die Impfung einwilligen können.

Damit auch bei einer Schutzimpfung in Apotheken der Gesundheitsschutz der impfwilligen Personen gewährleistet bleibt, müssen in den Verträgen die Voraussetzungen für die Durchführung von Grippeschutzimpfungen in Apotheken sowie deren Vergütung und Abrechnung geregelt werden. Die Dokumentation der im Rahmen entsprechender Modellvorhaben in Apotheken durchgeführten Grippeschutzimpfungen richtet sich insbesondere nach § 22 des Infektionsschutzgesetzes. Die Regelungen können beispielsweise auch notwendige Fragen zu Haftpflichtversicherungen beinhalten. Ferner muss der Datenschutz gewährleistet bleiben. Durch die Bezugnahme in Absatz 1 Satz 3 auf die Regelungen des § 63 Absatz 3, 3a Satz 2 bis 4 und Absatz 5 Satz 3 und 4 gelten die dort geregelten sozialdatenschutzrechtlichen Vorgaben (unter anderem Abweichungsmöglichkeit von den Vorgaben

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

des Zehnten Kapitels dieses Buches im erforderlichen Umfang mit Einwilligung der Versicherten sowie Information der Datenschutzaufsichtsbehörden) auch für die Modellvorhaben zur Durchführung von Grippeschutzimpfungen in Apotheken. Darüber hinaus folgen aus der unmittelbar geltenden Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S. 2) weitere Vorgaben, die einzuhalten sind (beispielsweise die Möglichkeit des Widerrufs einer Einwilligung gemäß Artikel 7 Absatz 3 der Verordnung (EU) 2016/679 oder die Löschpflicht nach Abschluss des Modellvorhabens gemäß Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe e und Artikel 17 Absatz 1 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2016/679, wonach Daten, die für Zwecke, für die sie erhoben oder auf sonstige Weise verarbeitet wurden, nicht mehr notwendig sind, unverzüglich zu löschen sind).

Die in Absatz 3 geregelte Vorlagepflicht bei den zuständigen Aufsichtsbehörden stellt sicher, dass diese über Modellvorhaben informiert sind und gegebenenfalls intervenieren können.

Nach Absatz 4 wird es Apothekerinnen und Apothekern im Rahmen von Modellvorhaben erlaubt, Grippeschutzimpfungen durchzuführen, soweit Berufsrecht dem nicht entgegensteht. Gegebenenfalls erfordert die Durchführung von entsprechenden Modellvorhaben eine Änderung der Berufsordnung der zuständigen Apothekerkammer.

Voraussetzung für die Durchführung von Grippeschutzimpfungen in Apotheken ist eine vorherige Schulung der Apothekerinnen und Apotheker durch Ärztinnen und Ärzte. Die Schulungen müssen sicherstellen, dass die Apothekerinnen und Apotheker die Durchführung von Grippeschutzimpfungen beherrschen und über die hierfür benötigten Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten verfügen. Sie haben daher die in Absatz 5 festgelegten Mindestinhalte zu umfassen.

Zu den Voraussetzungen für eine sichere und ordnungsgemäße Grippeschutzimpfung in Apotheken zählt nach Absatz 4 auch, dass geeignet ausgestattete Räumlichkeiten in den Apotheken vorhanden sind. Die Impfung sollte in einem Raum durchgeführt werden, der die Privatsphäre der Patientinnen und Patienten schützt und die Möglichkeit zur Durchführung von Maßnahmen bei Sofortreaktionen einschließlich einer entsprechenden Ausstattung bietet. Dazu kann insbesondere auch eine Liege gehören.

Näheres zur Schulung ist zwischen den Beteiligten in gemeinsamen Verträgen der Vertragspartner des Modellvorhabens mit Anbietern der Schulung zu regeln.

Die nach den Absätzen 2 und 6 Satz 2 vorgesehene Beteiligung des RKI und des Paul-Ehrlich-Instituts vor Abschluss der Vereinbarungen soll eine sachgerechte Festlegung der Rahmenbedingungen für die Impfung in Apotheken sicherstellen. Der niedrigschwellige Zugang zu Grippeschutzimpfungen in Apotheken und die damit angestrebte Verbesserung der Impfquote bei Grippeschutzimpfungen erfordern auch eine unmittelbare Durchführung der Impfung ohne vorherigen Arztbesuch. Eine ausdrückliche Regelung, dass bei einer Impfung in Apotheken die Vorschriften zur Verschreibungspflicht keine Anwendung finden, ist in diesem Zusammenhang nicht erforderlich, da keine Abgabe der Impfstoffe, sondern eine unmittelbare Anwendung stattfindet.

Die Modellvorhaben sollen nach Absatz 7 Satz 2 wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden, um neue Erkenntnisse zur Verbesserung der Impfquote gegen Influenza durch Grippeschutzimpfungen in der Apotheke zu erhalten. Es wird davon ausgegangen, dass eine Laufzeit der Modellvorhaben bis zu längstens fünf Jahren hierfür ausreichend ist.

Die Gefährdungshaftung nach § 84 AMG findet auf die im Rahmen von entsprechenden Modellvorhaben verabreichten Impfstoffe Anwendung**.**

Zu § 132k

Eine vertrauliche Spurensicherung bei Misshandlungen und sexualisierter Gewalt – ohne vorausgehende bzw. gleichzeitige Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden – wird in den Regionen bislang unterschiedlich finanziert. Eine Finanzierung erfolgt beispielsweise durch lokales Engagement von Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt.

Mit der Neuregelung wird vorgegeben, dass die Krankenkassen oder ihre Landesverbände gemeinsam und einheitlich auf Antrag des jeweiligen Landes mit dem Land sowie mit einer hinreichenden Anzahl von geeigneten

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Einrichtungen, z. B. Krankenhäusern, oder Ärzten Verträge über die vertrauliche Spurensicherung schließen. Dabei ist sicherzustellen, dass für die Betroffenen ein bedarfsgerechtes Angebot zur Verfügung steht und Leistungserbringer in hinreichender Anzahl und angemessener Zeit erreichbar sind.

In den Verträgen sind insbesondere die Einzelheiten zu Art und Umfang der Leistungen, die Voraussetzungen für die Ausführung – insbesondere die Erlangung und Pflege rechtsmedizinischer Kenntnisse im Hinblick auf die Spurensicherung – und Abrechnung sowie die Vergütung und Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens zu regeln. Die Leistungen werden unmittelbar mit den Krankenkassen abgerechnet. Für vertragsärztliche Leistungserbringer bedeutet dies, dass die Abrechnung ohne Beteiligung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt. Die Vergütung kann pauschaliert werden.

Eine aufgrund einer fehlenden Anonymität befürchtete und ggf. erfolgende Regressprüfung der Krankenkasse gegenüber der gewaltausübenden Person kann sich negativ auf die Annahme des Angebots zur vertraulichen Spurensicherung als auch auf den Behandlungserfolg auswirken. Zudem können Betroffene in massive Gefährdungssituationen kommen. Daher wird gesetzlich vorgegeben, dass das Abrechnungsverfahren so zu gestalten ist, dass die Anonymität des Versicherten gewährleistet ist. Zur Gewährleistung der Anonymität der Versicherten und zur Sicherung der Vertraulichkeit sowie unter Berücksichtigung der ärztlichen Schweigepflicht darf daher in den Abrechnungsunterlagen kein konkreter Bezug zur versicherten Person hergestellt werden. Lediglich die Bezeichnung der jeweiligen Krankenkasse und der Einrichtung bzw. des Arztes sollen als erforderliche Daten neben den abgerechneten Leistungs- und Vergütungspositionen, im Rahmen der Abrechnung übermittelt werden.

Die Vorgaben des § 294a Absatz 1 Satz 2 und 3 zur Einschränkung der Meldepflicht bei drittverursachten Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung oder einer Vergewaltigung sein können, bleiben von der Neuregelung unberührt.

Die Regelung wird zudem durch eine Schiedslösung für den Fall der Nichteinigung ergänzt.

Zu Nummer 5b

Mit der Ergänzung des § 295 Absatz 1b Satz 1 um die Angabe der §§ 132e und 132f wird klargestellt, dass auch die in diesen Vorschriften geregelten Leistungen (Versorgung mit Schutzimpfungen und Versorgung durch Betriebsärzte), die in Vertragsformen erbracht werden, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen geschlossen wurden, direkt mit den Krankenkassen abzurechnen sind und das Nähere zu den Datenübermittlungen vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt wird.

Zu Artikel 3a – Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung

Es handelt sich teilweise um eine Folgeänderung (Streichung des Verweises auf § 24 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes - IfSG). Vor dem Hintergrund der Ausnahmereglung im neuen § 24 Satz 2 IfSG ist die entsprechende Passage in § 3 Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 zu streichen, weil sich künftig allein aus § 24 IfSG ergibt, wann Tests unter ärztlicher Aufsicht durchzuführen sind.

Artikel 3b – Änderung des Heilmittelwerbegesetztes

Über das bereits bestehende Verbot der Werbung für operative plastisch-chirurgische Eingriffe mit vergleichenden Darstellungen des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach dem Eingriff hinaus wird zum Schutz von Kindern und Jugendlichen ein Werbeverbot für operative plastisch-chirurgische Eingriffe ohne medizinische Notwendigkeit eingeführt. Jeder operative Eingriff birgt Gefahren für die Gesundheit. Gerade Kinder und Jugendliche, die sehr empfänglich für Themen wie Schönheitsideal und Aussehen sind, sollen daher vor Werbemaßnahmen geschützt werden, die eine Veränderung des Körpers mittels operativer plastisch-chirurgischer Eingriffe ohne medizinische Notwendigkeit zum Gegenstand haben. Auch wenn man Jugendlichen nicht generell das Urteilsvermögen über medizinisch nicht indizierte operative plastisch-chirurgische Eingriffe absprechen kann, soll diese Altersgruppe wegen ihrer besonderen Empfänglichkeit für Themen wie Schönheit und Aussehen vor Werbemaßnahmen geschützt werden, die eine Veränderung des Körpers mittels operativer plastischer-chirurgischer Eingriffe ohne medizinische Notwendigkeit zum Gegenstand haben. Deren fehlende medizinische Indikation führt

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

zu einem erhöhten Bedarf und zu erhöhten Anforderungen an eine fachliche Aufklärung. Deshalb wird entsprechende Werbung, die sich überwiegend oder ausschließlich an Personen unter 18 Jahren richtet, verboten. Dies gilt für jegliche Werbemaßnahmen, also auch Werbung in sozialen Netzwerken.

Zu Artikel 3c und 3d – Änderung des Arzneimittelgesetzes und Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung

§ 48 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 des Arzneimittelgesetzes dient als Grundlage für die Ermöglichung einer Neuregelung in der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) zur Wiedereinführung der wiederholten Abgabe eines Arzneimittels auf eine Verschreibung („Wiederholungsrezept“). Mit dieser Regelung werden die Handlungsmöglichkeiten des Verordnungsgebers erweitert. Während im Rahmen der AMVV bisher nur geregelt werden durfte, dass die wiederholte Abgabe eines Arzneimittels auf eine Verschreibung hin unzulässig ist, kann der Verordnungsgeber nun eine Reglung treffen, ob und wie oft ein Arzneimittel auf dieselbe Verschreibung wiederholt abgegeben werden darf.

Mit der Regelung in § 2 Absatz 1 AMVV wird klargestellt, dass auf der Verschreibung ein formaler Vermerk der verschreibenden Person notwendig ist, wenn das Arzneimittel zur wiederholten Abgabe bestimmt sein soll. Der Vermerk muss die Anzahl der möglichen Wiederholungen umfassen.

Mit der Regelung in § 4 Absatz 3 AMVV wird die wiederholte Abgabe von Arzneimitteln auf eine Verschreibung ermöglicht. Die wiederholte Abgabe eines zur Anwendung beim Menschen bestimmten Arzneimittels auf dieselbe Verschreibung im Umfang der erstmals verschriebenen Menge bedarf der gesonderten Anweisung durch die verschreibende Person. Dabei ist die Anzahl der Wiederholungen nach der erstmaligen Belieferung der Verschreibung begrenzt auf bis zu drei weitere Abgaben des verschriebenen Arzneimittels. Die Gültigkeitsdauer einer zur wiederholten Abgabe vorgesehenen Verschreibung ist durch die verschreibende Person gegebenenfalls anzupassen. Diese hat auf Grund von § 2 Absatz 1 Nummer 8 AMVV die Möglichkeit, die Gültigkeit von Verschreibungen festzulegen. Fehlt eine solche Angabe zur Gültigkeit der Verschreibung, so beträgt die Gültigkeitsdauer auf Grund § 2 Absatz 5 AMVV drei Monate. In diesem Fall wäre eine Wiederholung der Abgabe nur innerhalb dieser drei Monate möglich. Die verschreibende Person hat die Anzahl der zu wiederholenden Abgaben auf der Verschreibung anzugeben. Die wiederholte Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Tieren bestimmt sind, bleibt weiterhin unzulässig.

Zu Artikel 4 – Inkrafttreten

Soweit sich Artikel 1 Nummer 7 auf § 13 Absatz 6 bezieht, müssen zur technischen Umsetzung die für das Personenstandswesen eingesetzten elektronischen Fach- und Datenaustauschverfahren angepasst werden. Die entsprechenden Versionswechsel werden zum 1. November eines Jahres vorgenommen. Eine Übermittlung mittels des im Personenstandswesen eingesetzten Datenaustauschformats XPersonenstand durch die Standesämter setzt voraus, dass nach Beauftragung durch die zuständigen Gremien zunächst eine entsprechende Nachricht in XPersonenstand modelliert, in die Spezifikation XPersonenstand aufgenommen und dann in das von allen Standesämtern bundesweit genutzte Fachverfahren AutiSta implementiert wird. Auf Seiten der zuständigen Landesbehörden und des RKI muss zudem sichergestellt sein, dass Daten über XPersonenstand auch empfangen werden können. Dieser Prozess nimmt regelmäßig eine nicht unbeträchtliche Zeit in Anspruch. Die Änderungen zur Mortalitätssurveillance können wegen dieser programmtechnischen Auswirkungen deshalb erst am 1. November 2021 in Kraft treten.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Berlin, den 13. November 2019

Rudolf Henke
Berichterstatter

Martina Stamm-Fibich
Berichterstatterin

Detlev Spangenberg
Berichterstatter

Dr. Andrew Ullmann
Berichterstatter

Harald Weinberg
Berichterstatter

Kordula Schulz-Asche
Berichterstatterin

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.